COOPERMAIS
Mais qualidade na saúde

CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

PACIENTE			
NOME COOPERADO			**MATRICULA**
CARGO / FUNÇÃO			
TOMADOR DE SERVIÇO			**N° REG. PROF.**
MÊS DE REFERÊNCIA			

Data	Entrada	Saida	Total de horas	Assinatura e Carimbo	Visto Família

Observações:

TOTAL DE HORAS NO MÊS	
VALOR TOTAL (R$)	

1) O correto preenchimento desse formulário e de responsabilidade única do cooperado, onde deve ser anotado o correto horário, assinado e CARIMBADO.
2) É de responsabilidade do cooperado encaminhar ao gestor da COOPERMAIS o controle de produtividade até a data informada referente a cada Tomador de Serviço, assim envitando qualquer problema no recebimento de sua produtividade.