 **CONTROLE DE ATENDIMENTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Profissional: |  |
| CPF: Telefones: |  |
| Banco: Agência: Nº da Conta:  |  |
| Nome do paciente: |  |
|  |
| Plantão de enfermagem ( ) Procedimentos ( ) Mês Vigente:  |
| Data | Entrada | Saída | Procedimento  | Valor  | Obs: |
| 01 |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DOS PLANTÕES:**  **TOTAL DOS PROCEDIMENTOS**:  |
| O associado é responsável pelo seu controle de atendimento. Sem o encaminhamento desta folha não será efetuado o repasse dos atendimentos. Esta folha deverá ser encaminhada até o dia 5 do mês subsequente ao atendimento. Envie para o e-mail: **financeiro@bemestarspenfermagem.com.br** |