



Rua Dona Anita Mayer, 131/139 - Botafogo  
 CEP 13.020-350 - Campinas/SP  
 e-mail: coopus@coopus.com.br  
 Fone: 0800 940 9707 - SAC  
 Fone: (19) 2102-9700 - Administração

# GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº

Planos de Saúde

1 - Registro ANS  
**ANS - nº 41916-8**

3 - Data de Emissão da Guia  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4 - Data da Autorização  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7 - Numero Guia Principal

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  
 \_\_\_\_\_

9 - Plano

10 - Empresa

11 - Data Validade da Carteira  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Nome

14 - Telefone  
 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

15 - Nome do titular do plano

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 - Nome do Profissional Solicitante

17 - Número no CRO

18 - UF

19 - Código CBO S

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF  
 \_\_\_\_\_

21 - Nome do Contratado Executante

22 - Número no CRO

23 - UF

24 - Código CNES

25 - Nome do Profissional Executante

26 - Número no CRO

27 - UF

28 - Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

29-Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32-Dente/Região	33-Face	34-Qtd	35-Quantidade US	36-Valor R\$	37-Franquia/Co-participação R\$	38-Aut	39-Data de Realização	40-Assinatura
1-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
2-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
3-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
4-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
5-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
6-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
7-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
8-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
9-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
10-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
11-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
12-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
13-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
14-	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____

41 - Data Término do Tratamento  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

42 - Tipo de Atendimento  
 1 - Tratamento Odontológico  2 - Exame Radiológico  3 - Odontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria

43 - Tipo de Faturamento  
 T - Total  P - Parcial

44 - Total Quantidade US  
 \_\_\_\_\_

45 - Valor Total R\$  
 \_\_\_\_\_

46 - Total Franquia / Co-participação R\$  
 \_\_\_\_\_

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta o profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

47 - Observação

48 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

49 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

50 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

51 - Data, local e Carimbo da Empresa  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_