



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

LISTA PRESENCIAL

1-Registro ANS **ANS - nº 41916-8**

2-Lista Número: _____

Planos de Saúde

Dados do Contratado

3-Código do Contratado na Operadora		4-Nome do Contratado	
5-Conselho Profissional	6-Número no Conselho	7-UF	8-Código CBO S

Beneficiários

9-Data *	10-Identificação Beneficiário *	11-Nome do Beneficiário *	12-Assinatura *	13-Nº Guia Principal *
1- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
2- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
3- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
4- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
5- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
6- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
7- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
8- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
9- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
10- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
11- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
12- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
13- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
14- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
15- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
16- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
17- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
18- ___/___/___	_____	_____	_____	_____
19- ___/___/___	_____	_____	_____	_____

14-Data e Assinatura do Contratado

___/___/___

Observações:
 * Campos 9, 10 e 11 - Preencher com letra legível;
 * Campo 12 - Assinatura Obrigatória;
 * Campo 13 - Preenchimento Dispensado.