



FORMULÁRIO DE ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

ANS - nº 41449-2

Alameda dos Guaramomis, 1176
Bairro Planalto Paulista - São Paulo/SP
CEP 04076-012 Telefone: 55 11 3525-3600
www.lifeempresarial.com.br

Nº da Guia

Empresa:

Plano:

Titular:

Cod.:

Beneficiário dependente:

Cod.:

Data de Nascimento

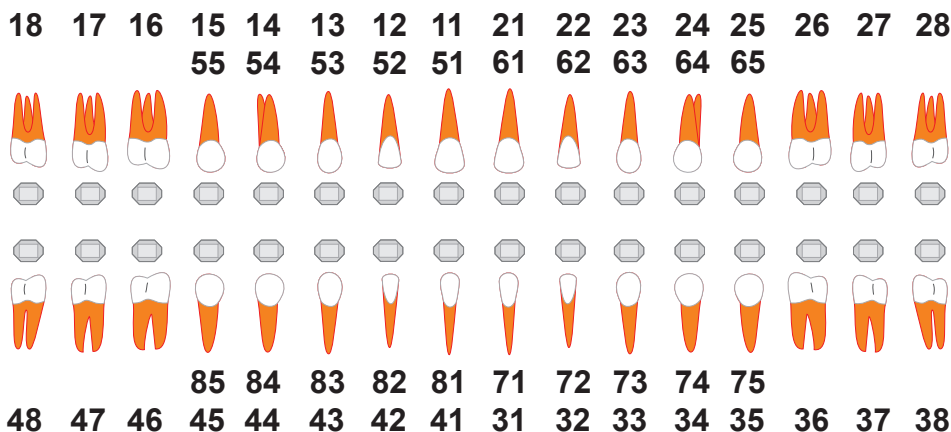
/ /

DDD / Telefone Residencial

DDD / Telefone Comercial

Cargo:

ODONTOGRAMA ESTADO ATUAL



DESCRIÇÃO DO PLANO DE TRATAMENTO

EVENTOS COBERTOS

Código	Descrição do evento	Dente/Faces	Valor

Observações:

O valor a ser Reembolsado será calculado conforme contrato. Considerando o plano de tratamento proposto pelo profissional, a prévia de Reembolso segue anexa.

O correto e completo preenchimento deste formulário é fundamental para a operacionalização do pagamento de honorários profissionais odontológicos. Em caso de preenchimento incorreto/incompleto a ficha será devolvida.

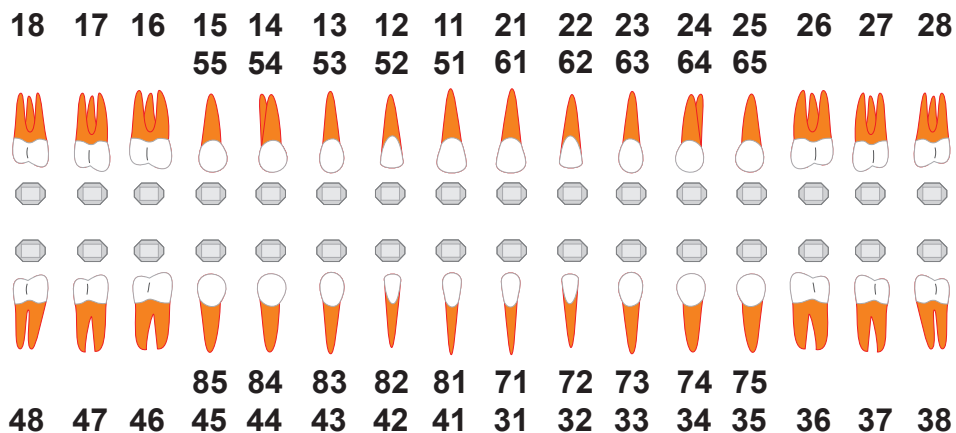
_____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura C. Dentista

Autorização Usuário / Responsável

Aprovação LIFE

ODONTOGRAMA PLANO DE TRATAMENTO



DESCRIÇÃO DO PLANO DE TRATAMENTO

Código	Dente / Área	Faces	Data Término	Assinatura Usuário

O valor a ser Reembolsado será calculado conforme contrato. Considerando o plano de tratamento proposto pelo profissional, a prévia de Reembolso segue anexa.

Carimbo e assinatura C. Dentista

Nome do C. Dentista:	CRO:
Endereço:	CPF:
Tem interesse em se credenciar a LIFE	sim () não () Estado:
Tel.:	

Dados bancários do usuário titular

Banco:
Agência:
Conta Corrente:
CPF:

Carimbo e assinatura C. Dentista

Autorização Usuário / Responsável

Aprovação LIFE