FORMULÁRIO DE ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

ANS - nº 41449-2

Av. Indianópolis, 1.597 - São Paulo /SP
CEP 04063-003 Telefone: 55 11 3525-3600
www.lifeempresarialsaude.com.br

Nº da Guia

Empresa:

Plano:

Titular:

Cod.:

Beneficiário dependente:

Cod.:

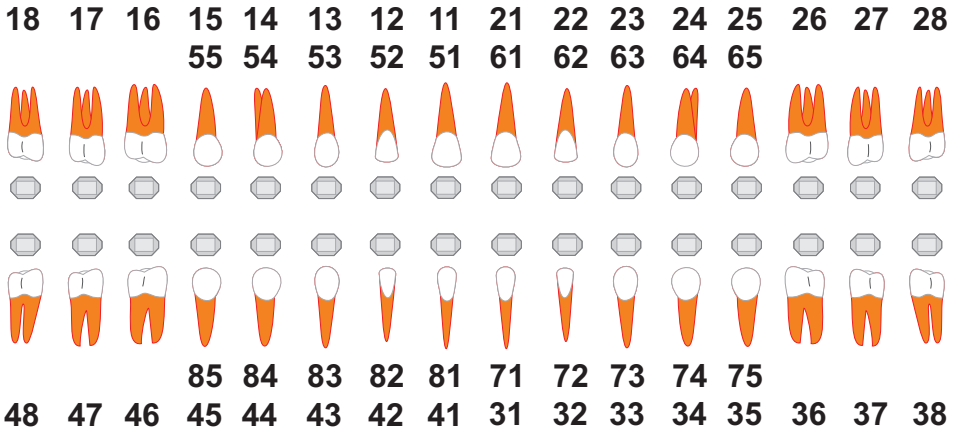
Data de Nascimento
/ /

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.

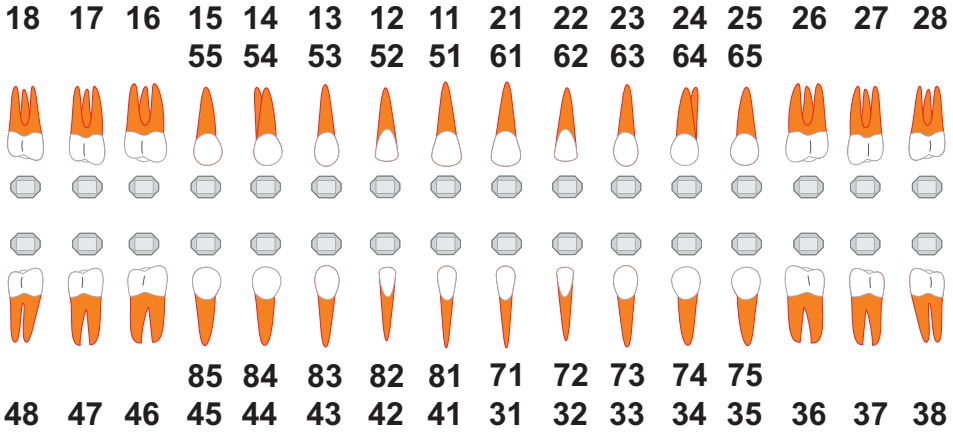
_____,_____ de _____ de _____.

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:	**Tel.:**
Tem interesse em se credenciar a LIFE sim ( ) não ( )	**Estado:**
Tel.:	

Dados bancários do usuário

Banco:
Agência:
Conta Corrente:
CPF:

Carimbo e assinatura C. Dentista

Autorização Usuário / Responsável

Aprovação **LIFE**