

RESPONSÁVEL TÉCNICO									
NOME DA CLÍNICA:			CLÍNICA ESPECIALIDADES MÉDICAS						
CNPJ:		41503482000180							
CIDADE:		RECIFE		BAIRRO:		ILHA DO LEITE		UF:	PE
CONSULTOR(A):		MATHEUS			CHAMADO:		SAD173982234788		
QUAL REDE?		<input type="checkbox"/> ENTAL UNI		<input checked="" type="checkbox"/> ONTOLIFE			MULTIPLICADOR 0,35		
ATO DIFERENCIADO									
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?		<input type="checkbox"/> SIM		ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT					
		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT					
CHECK LIST DE DOCUMENTOS									
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO		<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO		<input type="checkbox"/> TERMO DE CORPO CLÍNICO					
				<input type="checkbox"/> CNES					
NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO									
CRO: 15829		UF: PE	NOME: JAMILE FEITOZA SANTANA						
NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO SERÁ ATUANTE				SIM <input checked="" type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> NOVA INCLUSÃO <input checked="" type="checkbox"/> MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO ANTIGO RESP. TÉCN. PERMANECERÁ NO CORPO CLÍNICO ? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
ÁREAS DE ATUAÇÃO									
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO GERAL		<input type="checkbox"/> ENDODONTIA		<input type="checkbox"/> PERIODONTIA		<input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA			
<input type="checkbox"/> DENTÍSTICA		<input type="checkbox"/> URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24H		<input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL					
<input type="checkbox"/> ORTODONTIA		<input type="checkbox"/> ODONTOGERIATRIA		<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA					
OBS:									
AUTORIZAÇÃO ESPECIAL									
APROVAÇÃO									
CADASTRO:									
SENHA GERADA:									
KELY CRISTINA ADMINISTRATIVO			ADRIANO RICARDO GESTÃO DE REDE			MAYKON DAL'NEGRO SUPERVISOR RELACIONAMENTO			