

| | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---------|-----------------------------------|--------------------|-----------------|-----|----|
| RESPONSÁVEL TÉCNICO | | | | | | | | | | |
| NOME DA CLINICA: | | | DILCY MARIA GUIMARAES DE OLIVEIRA | | | | | | | |
| CNPJ: | | 31352752000145 | | | | | | | | |
| CIDADE: | | MAUA | | | BAIRRO: | | JARDIM ANCHIETA | | UF: | SP |
| CONSULTOR(A): | | MATHEUS V | | | | CHAMADO: | | SAD173877651834 | | |
| QUAL REDE? | | DENT <input type="checkbox"/> L UNI | | ODON <input checked="" type="checkbox"/> LIFE | | | MULTIPLICADOR 0,38 | | | |
| 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: | | 151519 | | UF: | SP | NOME: ANDERSON CRISTIANO DA SILVA | | | | |
| NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO SERÁ ATUANTE | | | | | | | | | | |
| SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NOVA INCLUSAO | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO | | | | | | | | | | |
| ANTIGO RESP TÉC. PERMANECERA NO CORPO CLINICO ? | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | |
| ÁREAS DE ATUAÇÃO | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CLINICO GERAL | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ENDODONTIA | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PERIODONTIA | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DENTISTICA | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ORTODONTIA | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA | | | | | | | | | | |
| OBS: | | | | | | | | | | |
| AUTORIZAÇÃO ESPECIAL | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| APROVAÇÃO | | | | | | | | | | |
| CADASTRO: | | | | | | | | | | |
| SENHA GERADA: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| KELY CRISTINA | | | POLIANA ANDRADE | | | MAYKON DAL'NEGRO | | | | |
| ADMINISTRATIVO | | | GESTORA GESTÃO DE REDE | | | SUPERVISOR RELACIONAMENTO | | | | |