

| RESPONSÁVEL TÉCNICO | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|---|----------|---|--------------------|-----|----|
| NOME DA CLÍNICA: | | | AC ODONTO IMAGEM | | | | | | |
| CNPJ: | | 23218773000144 | | | | | | | |
| CIDADE: | | RIO DE JANEIRO | | BAIRRO: | | CAMPO GRANDE | | UF: | RJ |
| CONSULTOR(A): | | MATHEUS | | | CHAMADO: | | SAD174180052935 | | |
| QUAL REDE? | | <input type="checkbox"/> NTAL UNI | | <input checked="" type="checkbox"/> ONTOLIFE | | | MULTIPLICADOR 0,30 | | |
| 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: | | 22666 | | UF: | RJ | NOME: AUGUSTO CESAR PINTO ANDRADE | | | |
| 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. TÉC. PERMANECERÁ NO CORPO CLÍNICO ? | | | | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | | <input type="checkbox"/> NÃO | | | |
| ÁREAS DE ATUAÇÃO | | | | | | | | | |
| <input 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 BUCOMAXILO FACIAL | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ORTODONTIA | | <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA | | <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA | | | | | |
| OBS: | | RADIOLOGIA | | | | | | | |
| AUTORIZAÇÃO ESPECIAL | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| APROVAÇÃO | | | | | | | | | |
| CADASTRO: | | | | | | | | | |
| SENHA GERADA: | | | | | | | | | |
| KELY CRISTINA ADMINISTRATIVO | | | ADRIANO RICARDO GESTÃO DE REDE | | | MAYKON DAL'NEGRO SUPERVISOR RELACIONAMENTO | | | |