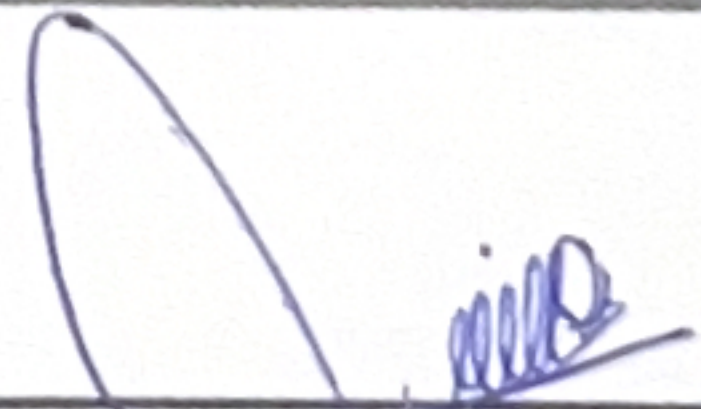


| RESPONSÁVEL TÉCNICO                                                                                                                                                                                                                |                                                    |                                                                                                                           |                                           |                                               |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|----|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                   |                                                    | DENTAL MED CLINICA INTEGRADA                                                                                              |                                           |                                               |    |
| CNPJ:                                                                                                                                                                                                                              | 32873203000189                                     |                                                                                                                           |                                           |                                               |    |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                            | JOINVILLE                                          | BAIRRO:                                                                                                                   | ANITA GARIBALDI                           | UF:                                           | SC |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                      | KETLIN CANDIDO                                     |                                                                                                                           | CHAMADO:                                  | SAD175019399568                               |    |
| QUAL REDE?                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> ENTAL UNI                 | <input checked="" type="checkbox"/> ONTOLIFE                                                                              | MULTIPLICADOR 0,47                        |                                               |    |
| ATO DIFERENCIADO                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |                                                                                                                           |                                           |                                               |    |
| POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> SIM            | ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT 0,47                                                                                        |                                           |                                               |    |
|                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> NÃO                       | ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT 0,57                                                                                        |                                           |                                               |    |
| 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: 19885                                                                                                                                                                                                                         | UF: SC                                             | NOME: ELIZABETH BERKENBROCK NIEMEYER                                                                                      |                                           |                                               |    |
| NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO SERÁ ATUANTE                                                                                                                                                                                              |                                                    | SIM <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                   | NÃO <input type="checkbox"/>              |                                               |    |
| <input type="checkbox"/> NOVA INCLUSAO<br><input checked="" type="checkbox"/> MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO<br>ANTIGO RESP TÊC. PERMANCERA NO CORPO CLINICO ? <input type="checkbox"/> SIM <input 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<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                    |                                                    | <br>ADRIANO RICARDO<br>GESTÃO DE REDE |                                           | MAYKON DAL'NEGRO<br>SUPERVISOR RELACIONAMENTO |    |