

RESPONSÁVEL TÉCNICO									
NOME DA CLINICA:			ATELIE DENTARIO						
CNPJ:		30455060000160							
CIDADE:		TAUBATE		BAIRRO:		CENTRO		UF:	SP
CONSULTOR(A):		MATHEUS VIEIRA				CHAMADO:		SAD174162855692	
QUAL REDE?		D <input type="checkbox"/> TAL UNI		OD <input checked="" type="checkbox"/> NTOLIFE		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: 122166		UF: SP		NOME: PRISCILA DOS SANTOS					
NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO SERÁ ATUANTE				SIM <input checked="" type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> NOVA INCLUSAO <input 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 checked="" type="checkbox"/> DENTISTICA		<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H		<input checked="" 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 ADMINISTRATIVO			ADRIANO RICARDO GESTÃO DE REDE			MAYKON DAL'NEGRO SUPERVISOR RELACIONAMENTO			