

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 <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT 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. PERMANCERA 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"/> ODONTOLOGIA PEDIATRICA			
OBS:					
AUTORIZAÇÃO ESPECIAL					
APROVAÇÃO					
CADASTRO:					
SENHA GERADA:					
KELY CRISTINA ADMINISTRATIVO	ADRIANO RICARDO GESTÃO DE REDE			MAYKON DAL'NEGRO SUPERVISOR RELACIONAMENTO	