

| RESPONSÁVEL TÉCNICO | | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|---|----|
| NOME DA CLÍNICA: | | ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA | | | |
| CNPJ: | | 17596558000184 | | | |
| CIDADE: | SAO PAULO | BAIRRO: | JARDIM FLORESTA | UF: | SP |
| CONSULTOR(A): | KETLIN CANDIDO SOARES | CHAMADO: | SAD171620327759 | | |
| QUAL REDE? | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI | <input checked="" type="checkbox"/> ODONTOLIFE | MULTIPLICADOR : 0,32 | | |
| 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: | 75396 | NOME: | JULIANA CASSIA NISHIYAMA DE OLIVEIRA | | |
| ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL E ENDONDOTIA | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NOVA INCLUSÃO <input checked="" type="checkbox"/> MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ANTIGO RESP TÉCNICO PERMANECERA NO CORPO CLINICO? | | | | | |
| AUTORIZAÇÃO ESPECIAL | | | | | |
| Atendimento de segunda a sexta das 7:30h às 17:00h. | | | | | |
| APROVAÇÃO | | | | | |
| CADASTRO: SENHA GERADA: | | | | | |
| _____ RAQUEL BORBA DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFI | | _____ POLIANA ANDRADE GESTORA GESTÃO DE REDE | | _____ MAYKON DAL'NEGRO RELACIONAMENTO | |