

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 ENDODONTIA | | | | |
|------------------|----------------------------|--|--|--|--|

- | |
|---|
| <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