

| RESPONSÁVEL TÉCNICO | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|-----------------------------------|---|-------------|---|--|------------------------|----|
| NOME DA CLINICA: | | R.J. ODONTOLOGIA LTDA | | | | | | | |
| CNPJ: | 42865265000100 | | | | | | | | |
| CIDADE: | BAURU | | | BAIRRO: | VILA REGINA | | | UF: | SP |
| CONSULTOR(A): | PABLO | | | | CHAMADO: | SAD174463637274 | | | |
| QUAL REDE? | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI | <input checked="" type="checkbox"/> ODONTOLIFE | | | | MULTIPLICADOR: 0,35 | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| I I 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: | 129342 | UF: | SP | NOME: JAQUELINE STEFANI BRAGA CASSONE | | | | | |
| NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO SERÁ ATUANTE | | | | SIM <input checked="" type="checkbox"/> | | NÃO <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> NOVA INCLUSAO <input checked="" type="checkbox"/> MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO ANTIGO RESP TÉC. PERMANECERÁ 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 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 ADMINISTRATIVO | | | ADRIANO RICARDO GESTÃO DE REDE | | | MAYKON DAL'NEGRO SUPERVISOR RELACIONAMENTO | | | |