

RESPONSÁVEL TÉCNICO					
NOME DA CLINICA:		ODONTODOC (CONTAGEM CENTRO)			
CNPJ:		25402542000111			
CIDADE:	CONTAGEM	BAIRRO:	CENTRO	UF:	MG
CONSULTOR(A):	MATHEUS		CHAMADO:	SAD173341124414	
QUAL REDE?	<input type="checkbox"/> ENTAL UNI	<input checked="" type="checkbox"/> ODONTOLIFE	MULTIPLICADOR 0,40		
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: 54754	UF: MG	NOME:	MARIANA GONCALVES SARAIVA		
NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO SERÁ ATUANTE			SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" 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 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		POLIANA ANDRADE GESTORA GESTÃO DE REDE		MAYKON DAL'NEGRO SUPERVISOR RELACIONAMENTO	