

RESPONSÁVEL TÉCNICO					
NOME DA CLÍNICA:		DENTISTA DO SUL			
CNPJ:	32554622000158				
CIDADE:	MANAUS	BAIRRO:	COLONIA SANTO ANTONIO	UF:	AM
CONSULTOR(A):	PABLO		CHAMADO:	SAD174465234111	
QUAL REDE?	<input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTOLIFE		MULTIPLICADOR: 0,35		
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					
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:	7887	UF:	AM	NOME:	LEILIANE BINDA FURTADO
NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO SERÁ ATUANTE		SIM <input checked="" type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> NOVA INCLUSÃO <input checked="" type="checkbox"/> MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO ANTIGO RESP TÉCN. PERMANECERÁ NO CORPO CLÍNICO ? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
ÁREAS DE ATUAÇÃO					
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO GERAL <input type="checkbox"/> ENDODONTIA <input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input checked="" type="checkbox"/> DENTÍSTICA <input type="checkbox"/> URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24H <input checked="" 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	