

| RESPONSÁVEL TÉCNICO                                               |                                     |                                                                                      |                                                    |                                           |                               |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|
| NOME DA CLÍNICA:                                                  |                                     | LUMEA CLÍNICA ODONTOLÓGICA LTDA                                                      |                                                    |                                           |                               |
| CNPJ:                                                             |                                     | 57179453000144                                                                       |                                                    |                                           |                               |
| CIDADE:                                                           | FOZ DO IGUAÇU                       | BAIRRO:                                                                              | PANORAMA                                           | UF:                                       | PR                            |
| CONSULTOR(A):                                                     | MARIA EDUARDA                       |                                                                                      | CHAMADO:                                           | SAD176435515747                           |                               |
| QUAL REDE?                                                        | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI | <input checked="" type="checkbox"/> ODONTOLIFE                                       | MULTIPLICADOR : 0,30                               |                                           |                               |
| ATO DIFERENCIADO                                                  |                                     |                                                                                      |                                                    |                                           |                               |
| POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?                                        |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> SIM                                              | ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT                      |                                           | 0,30                          |
|                                                                   |                                     | <input type="checkbox"/> NÃO                                                         | ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT                      |                                           | 0,96                          |
| 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:                                                              | 37710                               | UF:                                                                                  | PR                                                 | NOME:                                     | SARAH CUSTODIO DA ROCHA LOPES |
| NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO SERÁ ATUANTE                             |                                     | SIM <input type="checkbox"/>                                                         |                                                    | NÃO <input checked="" type="checkbox"/>   |                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> NOVA INCLUSÃO                 |                                     |                                                                                      |                                                    |                                           |                               |
| <input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO |                                     |                                                                                      |                                                    |                                           |                               |
| ANTIGO RESP. TÉCN. PERMANECERÁ NO CORPO CLÍNICO ?                 |                                     | <input type="checkbox"/> SIM                                                         |                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO   |                               |
| ÁREAS DE ATUAÇÃO                                                  |                                     |                                                                                      |                                                    |                                           |                               |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO GERAL                            |                                     | <input type="checkbox"/> ENDODONTIA                                                  | <input type="checkbox"/> PERIODONTIA               | <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA |                               |
| <input type="checkbox"/> DENTÍSTICA                               |                                     | <input type="checkbox"/> URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24H                                   | <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL |                                           |                               |
| <input type="checkbox"/> ORTODONTIA                               |                                     | <input type="checkbox"/> ODONTOGERIATRIA                                             | <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA           |                                           |                               |
| OBS:                                                              |                                     |                                                                                      |                                                    |                                           |                               |
| AUTORIZAÇÃO ESPECIAL                                              |                                     |                                                                                      |                                                    |                                           |                               |
| INCLUSÃO DE NOVO PRESTADOR, NÃO ATUANTE.                          |                                     |                                                                                      |                                                    |                                           |                               |
| APROVAÇÃO                                                         |                                     |                                                                                      |                                                    |                                           |                               |
| CADASTRO:                                                         |                                     |                                                                                      |                                                    |                                           |                               |
| SENHA GERADA:                                                     |                                     |                                                                                      |                                                    |                                           |                               |
|                                                                   |                                     |  |                                                    |                                           |                               |
|                                                                   |                                     | ADRIANO RICARDO<br>GESTÃO DE REDE                                                    |                                                    |                                           |                               |