

**RETENÇÃO**

<b>NOME:</b>	<b>CARLOS CASTILHO DE SOUZA</b>			<b>CRO:</b>	<b>13782</b>
<b>CIDADE:</b>	<b>SETE LAGOAS</b>	<b>BAIRRO:</b>	<b>CENTRO</b>	<b>UF:</b>	<b>MG</b>
<b>TELEFONE DE DIVULGAÇÃO:</b>	<b>31 3771-0047 / 31 97127-6243</b>				
<b>TELEFONE FIXO:</b>	<b>(31) 3771-0047</b>	<b>CELULAR:</b>	<b>(31) 98862-9520</b>		
<b>CONSULTOR(A):</b>	<b>JOYCE RIBEIRO DE PAULA</b>			<b>CHAMADO:</b>	<b>SAD158862371823</b>
<b>QUAL REDE?</b>	<input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTOLIFE			<b>MULTIPLICADOR:</b>	<b>0.42</b>

**ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO**

- ☐ DADOS PESSOAIS  
☒ LICENÇA SANITÁRIA SE TIVER DESATUALIZADA  
☐ DADOS RESIDENCIAIS  
☒ DADOS COMERCIAIS  
☒ ALTERAÇÃO DE MOEDA  
☐ TERMO DE LIBERAÇÃO ON-LINE EM CASO DE TREINAMENTO  
☐ CNES CASO NÃO POSSUA

 DATA DA RETENÇÃO: **30/04/2020**
**TREINAMENTO**

- ☒ NÃO NECESSITA DE TREINAMENTO  
☐ AGENDADO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

FALAR COM: \_\_\_\_\_

**URGÊNCIA**

- ☐ NÃO ☐ 24 HORAS  
☐ ENCAIXE ☐ SOBREAVISO

**HORÁRIO DE ATENDIMENTO**

SEGUNDA	8:00	às	11:00	13:00	às	17:00	QUINTA	8:00	às	11:00	13:00	às	17:00
TERÇA	8:00	às	11:00	13:00	às	17:00	SEXTA	8:00	às	11:00	13:00	às	17:00
QUARTA	8:00	às	11:00	13:00	às	17:00	SÁBADO	:	às	:	:	às	:

**ÁREAS DE ATUAÇÃO**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA E TRAUMA             | <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA         | <input type="checkbox"/> PATOLOGIA BUCAL    |
| <input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICA GERAL      | <input checked="" type="checkbox"/> ORTODONTIA   | <input type="checkbox"/> PERIODONTIA        |
| <input checked="" type="checkbox"/> DENTÍSTICA         | <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA FUNCIONAL     | <input type="checkbox"/> PROTESE BUCOMAXILO |
| <input type="checkbox"/> DTM                           | <input type="checkbox"/> ODONTOGERIATRIA         | <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA   |
| <input type="checkbox"/> ENDODONTIA                    | <input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA DO TRABALHO | <input type="checkbox"/> SAÚDE COLETIVA     |
| <input type="checkbox"/> IMPLANTODONTIA                | <input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA LEGAL       | <input type="checkbox"/> ESTOMATOLOGIA      |
| <input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA P. PAC. ESPECIAIS | <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA              | <input type="checkbox"/> ACUPUNTURA         |
| <input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA DO ESPORTE        | <input type="checkbox"/> HOMEOPATIA              |   |

**APROVAÇÃO**

SENHA GERADA?  
 TREINAMENTO REALIZADO?  
 DIVULGAÇÃO REALIZADA?

**ATUALIZAÇÃO DE DADOS (CADASTRO)**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS:

**Edney Matias**  
 Supervisor