

RESPONSÁVEL TÉCNICO					
NOME DA CLINICA:		F M LOPES ODONTOLOGIA LTDA			
CNPJ:	44381406000137				
CIDADE:	BELEM	BAIRRO:	SOUZA	UF:	PA
CONSULTOR(A):	KETLIN CANDIDO		CHAMADO:	SAD173331576361	
QUAL REDE?	<input type="checkbox"/> DENTAL UNI	<input checked="" type="checkbox"/> ODONTOLIFE	MULTIPLICADOR : 0,30		
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:	9392	UF:	PA	NOME: Fabricio marques lopes	
NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO SERÁ ATUANTE		SIM <input checked="" type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> NOVA INCLUSAO <input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO ANTIGO RESP TÊC. PERMANECERÁ 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 checked="" 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 RELACIONAMEN'	