

CREDENCIADO PJ

NOME DA CLINICA:

CNPJ:

CIDADE:

BAIRRO:

UF:

TELEFONE PARA DIVULGAÇÃO:

MULTIPLICADOR:

HORARIO DE ATENDIMENTO:

EMAIL:

CONSULTOR(A):

CHAMADO:

QUAL REDE?

DENTAL UNI

ODONTOLIFE

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

☐ FICHA DE ADESÃO

☐ RO COM DATA DE EXPEDIÇÃO

☐ TIVO NO CRO (IMPRESSÃO CFO)

☐ COMPROVANTE DE CONTA

☐ ARTÃO CNPJ

☐ ROPOSTA AUTORIZADA

☐ GETNET

☐ CENÇA SANITÁRIA

☐ CONSULTA SIMPLES NACIONAL

☐ VES

CORPO CLINICO

RESPONSÁVEL TÉCNICO

CRO:

UF:

NOME:

PRESTADORES

CRO:

UF:

NOME:

CRO:

UF:

NOME:

CRO:

UF:

NOME:

CRO:

UF:

NOME:

CRO:

UF:

NOME:

CRO:

UF:

NOME:

CRO:

UF:

NOME:

CRO:

UF:

NOME:

CRO:

UF:

NOME:

CRO:

UF:

NOME:

CRO:

UF:

NOME:

CRO:

UF:

NOME:

CRO:

UF:

NOME:

CRO:

UF:

NOME:

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL

MOEDA

☐ LICENÇA SANITÁRIA

☐ OUTROS

☐

APROVAÇÃO

CADASTRO:

TREINAMENTO :

DIVULGAÇÃO:

CONSULTOR(A)

CADASTRO

SUPERVISOR

EDNEY MATIAS

CREDENCIADO PF				
NOME:	Tamara Felipetto		CRO:	26432
CIDADE:	Francisco Beltrão	BAIRRO:	Centro	UF: PR
TELEFONE PARA DIVULGAÇÃO:		46 999746647	MULTIPLICADOR:	0,45
HORARIO DE ATENDIMENTO:		46 999746647		
EMAIL:		tamarafelipetto@hotmail.com		
CONSULTOR(A):	Gustavo Krafetuski	CHAMADO:	SAE161546700592	
QUAL REDE?	DENTAL UNI <input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE <input type="checkbox"/>		
CHECK LIST DE DOCUMENTOS				
<div><input type="checkbox"/> FICHA DE ADESÃO</div> <div><input type="checkbox"/> CRO COM DATA DE EXPEDIÇÃO</div> <div><input type="checkbox"/> ATIVO NO CRO (IMPRESSÃO CFO)</div> <div><input type="checkbox"/> NSS/PIS</div> <div><input type="checkbox"/> COMPROVANTE BANCARIO</div> <div><input type="checkbox"/> LICENÇA SANITARIA</div> <div><input type="checkbox"/> PROPOSTA AUTORIZADA</div> <div><input type="checkbox"/> SETNET</div> <div><input type="checkbox"/> CNES</div> <div><input type="checkbox"/></div>				
AUTORIZAÇÃO ESPECIAL				
<div><input type="checkbox"/> MOEDA</div> <div><input type="checkbox"/> LICENÇA SANITARIA</div> <div><input type="checkbox"/> OUTROS</div>				
APROVAÇÃO				
CADASTRO:				
TREINAMENTO :				
DIVULGAÇÃO:				
_____ CONSULTOR(A)		_____ CADASTRO		_____ SUPERVISOR EDNEY MATIAS

INCLUSÃO DE PRESTADOR										
NOME DA CLINICA:										
CNPJ:										
CIDADE:					BAIRRO:				UF:	SP
CONSULTOR(A):						CHAMADO:				
QUAL REDE?		DENTAL UNI		<input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE		<input type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:		
CHECK LIST DE DOCUMENTOS										
<input type="checkbox"/> Cópia do CRO		<input type="checkbox"/> Ativo no CFO		<input type="checkbox"/> CNES						
PRESTADORES										
CRO:		UF:	NOME:							<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:										
			NOME:							<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:										
CRO:		UF:	NOME:							<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:										
CRO:		UF:	NOME:							<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:										
CRO:		UF:	NOME:							<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:										
CRO:		UF:	NOME:							<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:										
AUTORIZAÇÃO ESPECIAL										
APROVAÇÃO										
CADASTRO:										
SENHA GERADA:										
CONSULTOR(A)			CADASTRO			Supervisor EDNEY MATIAS				

RESPONSÁVEL TÉCNICO												
NOME DA CLINICA:												
CNPJ:												
CIDADE:					BAIRRO:				UF:			
CONSULTOR(A):		MARIA					CHAMADO:					
QUAL REDE?		<input type="checkbox"/>	DENTAL UNI		<input type="checkbox"/>	DONTOLIFE		MULTIPLICADOR:				
CHECK LIST DE DOCUMENTOS												
<input type="checkbox"/>		CÓPIA DO CRO			<input type="checkbox"/>		ATIVIDADE NO CFO			<input type="checkbox"/>	TERMO DE CORPO CLÍNICO	
								<input type="checkbox"/>		CONSENTIMENTO		
NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO												
CRO:		UF:		NOME:								
ÁREA DE ATUAÇÃO:												
<div><div>NOVA INCLUSÃO</div><div><input type="checkbox"/></div><div>MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO</div><div><input type="checkbox"/></div><div><div>SIM</div><div>NÃO</div></div><div>ANTIGO RESP TÉCNICO PERMANECERA NO CORPO CLINICO?</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div>												
AUTORIZAÇÃO ESPECIAL												
APROVAÇÃO												
CADASTRO:												
SENHA GERADA:												
<div>_____ CONSULTOR(A)</div>			<div>_____ CADASTRO</div>			<div>_____ Supervisor EDNEY MATIAS</div>						

RETENÇÃO

NOME:	Sabrina de Oliveira dos Santos			CRO:	15564
CLINICA:	Consultório isolado		CNPJ:	-	
CIDADE:	Chapécó	BAIRRO:	Centro	UF:	SC
CONSULTOR(A):	Gustavo Krafetuski		CHAMADO:	SAD161557304944	
QUAL REDE?	<input type="checkbox"/> DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> DONTOLIFE	MULTIPLICADOR: 0,60		

ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO

- ☐ ATUALIZAÇÃO DE ESTATISTICAÇÃO
- ☐ ATUALIZAÇÃO DE MOEDA
- ☐ ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO
- ☐ ATUALIZAÇÃO DE AREA DE ATUAÇÃO
- ☐ ATUALIZAÇÃO DE TELEFONE PARA DIVULGAÇÃO
- ☐ ATUALIZAÇÃO DE HORARIO DE ATENDIMENTO
- ☐ ATUALIZAÇÃO DE PRESTADOR
- ☐ REINAMENTO
- ☐ IETNET
- ☐ NES
- ☐

OBSERVAÇÃO

A dentista Sabrina de Oliveira, pediu o descredenciamento via Whatsapp, por causa da dificuldade em mexer no sistema, então eu reverti o caso e já marquei o treinamento para ela.

APROVAÇÃO

DATA DE RETENÇÃO:

DIVULGAÇÃO:

CONSULTOR(A)

CADASTRO

SUPERVISOR
EDNEY MATIAS