

CREDENCIADO PJ					
NOME DA CLINICA:		ARAUJO & SILVA ODONTOLOGIA LTDA			
CNPJ:	44.074.414/0001-30				
CIDADE:	CAMPINAS	BAIRRO:	CENTRO		UF: SP
TELEFONE PARA DIVULGAÇÃO:	19-3236-6222 / 19-99114-1296 / 19-99469-0722			MULTIPLICADOR:	0.40
HORARIO DE ATENDIMENTO:	SEGUNDA A SEXTA 10:00 AS 19:00				
EMAIL:	<a href="mailto:asodontologia@yahoo.com">asodontologia@yahoo.com</a>				
CONSULTOR(A):	POLIANA ANDRADE		CHAMADO:	SAD164639192493	
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	
CHECK LIST DE DOCUMENTOS					
<input checked="" type="checkbox"/> FICHA DE ADESÃO <input checked="" type="checkbox"/> CRO COM DATA DE EXPEDIÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CRO (IMPRESSÃO CFO) <input checked="" type="checkbox"/> COMPROVANTE DE CONTA <input checked="" type="checkbox"/> CARTÃO CNPJ <input type="checkbox"/> PROPOSTA AUTORIZADA			<input type="checkbox"/> GETNET <input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA SANITÁRIA <input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA SIMPLES NACIONAL <input checked="" type="checkbox"/> CNES		

#### CORPO CLINICO

RESPONSAVEL TECNICO					
CRO:	141368	UF: SP	NOME:	LETICIA ASSIS SOARES DE SOUZA CAMARGO	<input checked="" type="checkbox"/>
PRESTADORES					
CRO:	128117	UF: SP	NOME:	LUCAS CHIARELLI GONCALVES	<input type="checkbox"/>
CRO:	141927	UF: SP	NOME:	LUCAS DE ALMEIDA MAIA CARVALHO	<input type="checkbox"/>
CRO:	136730	UF: SP	NOME:	GABRIELLA GORAYB CORRÊA	<input type="checkbox"/>
CRO:		UF:	NOME:		<input type="checkbox"/>
CRO:		UF:	NOME:		<input type="checkbox"/>
CRO:		UF:	NOME:		<input type="checkbox"/>
CRO:		UF:	NOME:		<input type="checkbox"/>
CRO:		UF:	NOME:		<input type="checkbox"/>
CRO:		UF:	NOME:		<input type="checkbox"/>
CRO:		UF:	NOME:		<input type="checkbox"/>
CRO:		UF:	NOME:		<input type="checkbox"/>

#### AUTORIZAÇÃO ESPECIAL

- MOEDA
- LICENÇA SANITARIA
- OUTROS

#### APROVAÇÃO

CADASTRO:

TREINAMENTO :

DIVULGAÇÃO:

CONSULTOR(A)

CADASTRO

COORDENAÇÃO

Keilla Castro Caldas