

**RESPONSÁVEL TÉCNICO**

<b>NOME DA CLINICA:</b>	<b>ODONTODOC CONTAGEM</b>		
<b>CNPJ:</b>	<b>02127198000102</b>		
<b>CIDADE:</b>	<b>CONTAGEM</b>	<b>BAIRRO:</b>	<b>ELDORADO</b>
<b>CONSULTOR(A):</b>	<b>MATHEUS</b>		<b>CHAMADO:</b>
<b>QUAL REDE?</b>	<b>D<small>\f007</small>TAL UNI</b>	<b>OD<small>\f007</small>TOLIFE</b>	<b>MULTIPLICADOR 0,43</b>
<b>ATO DIFERENCIADO</b>			
<b>POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<b>ATO DIFERENCIADO - MEN</b>	
	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<b>ATO DIFERENCIADO - MAI</b>	

**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**

<b>CRO:</b> 54754	<b>UF:</b> MG	<b>NOME:</b> MARIANA GONÇALVES SARAIVA
<b>NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO SERÁ ATUANTE</b>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

- NOVA INCLUSAO  
 MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO  
**ANTIGO RESP TÉC. PERMANCERA NO CORPO CLINICO ?**  SIM  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 type="checkbox"/> ORTODONTIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA	<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA	

**OBS:****AUTORIZAÇÃO ESPECIAL****CADASTRO:****SENHA GERADA:****APROVAÇÃO**

KELY CRISTINA ADMINISTRATIVO	POLIANA ANDRADE GESTORA GESTÃO DE REDE	MAYKON DAL'NEGRO SUPERVISOR RELACIONAI
---------------------------------	---	---

**MG**

**137306199**

**OR MULT**

**OR MULT**

**0**

**MENTO**