

| RESPONSÁVEL TÉCNICO   |   |  |                            |                  |    |
|---|---|--|----------------------------|------------------|----|
| NOME DA CLÍNICA:  |   | MASTER ODONTO  |                            |                  |    |
| CNPJ:   | 19874835000107  |  |                            |                  |    |
| CIDADE:   | GUARULHOS   | BAIRRO:  | JARDIM ROSA DE FRANCA      | UF:              | SP |
| CONSULTOR(A):   | MATEHUS VIEIRA  |  | CHAMADO:                   | SAD171578593678  |    |
| QUAL REDE?  | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI   | <input checked="" type="checkbox"/> ODONTOLIFE                                   | MULTIPLICADOR: 0,37        |                  |    |
| 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<br><input type="checkbox"/> CNES |                            |                  |    |
| NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO  |   |  |                            |                  |    |
| CRO: 142369   | SP  | NOME:  | CAMILA AMARAL PINTO CAMILO |                  |    |
| ÁREA DE ATUAÇÃO: CLÍNICO GERAL  |   |  |                            |                  |    |
| <input checked="" type="checkbox"/> NOVA INCLUSÃO<br><input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO<br><input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO    ANTIGO RESP TÉCNICO PERMANECERA NO CORPO CLÍNICO? |   |  |                            |                  |    |
| AUTORIZAÇÃO ESPECIAL  |   |  |                            |                  |    |
| APROVAÇÃO   |   |  |                            |                  |    |
| CADASTRO:   |  |  |                            |                  |    |
| SENHA GERADA:   |   |  |                            |                  |    |
| RAQUEL BORBA  | POLIANA ANDRADE   |  |                            | MAYKON DAL'NEGRO |    |
| DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIF  | GESTORA GESTÃO DE REDE  |  |                            | RELACIONAMENTO   |    |