

CREDENCIADO PJ					
NOME DA CLINICA:	RAD - DIAGNOSTICOS POR IMAGEM LTDA				
CNPJ:	15.453.086/0001-85				
CIDADE:	PARANAVAI	BAIRRO:	CENTRO		UF: PR
TELEFONE PARA DIVULGAÇÃO:	44-30453069 / 44-999005954			MULTIPLICADOR:	0,40
HORARIO DE ATENDIMENTO:	COMERCIAL / SAB 08H-11H				
EMAIL:	RAD-PVAI@HOTMAIL.COM				
CONSULTOR(A):	WANESSA ANDRADE		CHAMADO:	SAE161978841520	
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> FICHA DE ADESÃO | <input type="checkbox"/> GETNET |
| <input checked="" type="checkbox"/> CRO COM DATA DE EXPEDIÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA SANITÁRIA |
| <input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CRO (IMPRESSÃO CFO) | <input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA SIMPLES NACIONAL |
| <input checked="" type="checkbox"/> COMPROVANTE DE CONTA | <input checked="" type="checkbox"/> CNES |
| <input checked="" type="checkbox"/> CARTÃO CNPJ | |
| <input type="checkbox"/> PROPOSTA AUTORIZADA | |

CORPO CLINICO

RESPONSAVEL TECNICO			
CRO:	12715	UF: PR	<input checked="" type="checkbox"/>
PRESTADORES			
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"/>
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

SUPERVISOR
EDNEY MATIAS