

DADOS CADASTRAIS									
CNPJ 0581662156 RAZÃO SOCIAL CMVS RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA									
CNPJ 0581662156 RAZÃO SOCIAL CMVS RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA 00463093000110 RJ									
CADASTRO		REPRESENTANTE LEGAL		CRO		UF			
<input type="checkbox"/> Pessoa Física <input checked="" type="checkbox"/> Pessoa Jurídica		SIMONE TORRES DIATTA		15306		RJ			
RG 0581662156		CPF 92342395734		Nº INSS (Caso Pessoa Física)		CCM (ISS)		01820462	
ENDEREÇO COMERCIAL									
AVENIDA WILLO PEGANHA NUMERO 50 1309									
BAIRRO		CEP		CIDADE		UF			
CENTRO		20044900		RIO DE JANEIRO		RJ			
FONE COMERCIAL 1 (DDD+Nº)		FONE COMERCIAL 2 (DDD+Nº)		CELULAR OU FONE RECADO (DDD+Nº)		FAX (DDD+Nº)			
2125247163		2122625304		2188028159		2125247259			
E-MAIL CMVS@CMVSRX.COM.BR									
Nº DE REGISTRO CNES 3342301				HORÁRIOS DE ATENDIMENTO		ATENDIMENTO 24H		ACESSO A DEFICIENTES	
				<input checked="" type="checkbox"/> Horário Comercial <input checked="" type="checkbox"/> Após às 18h <input type="checkbox"/> Sábados		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EQUIPAMENTO E INSTALAÇÕES									
<input checked="" type="checkbox"/> Equipamento		<input checked="" type="checkbox"/> RX		<input type="checkbox"/> Fotopolimerizador		<input type="checkbox"/> Amalgador		<input type="checkbox"/> Ultrassom	
<input type="checkbox"/> Jato de bicarbonato		<input checked="" type="checkbox"/> Ar Condicionado		<input checked="" type="checkbox"/> Microcomputador		<input checked="" type="checkbox"/> Autoclave		<input checked="" type="checkbox"/> Internet Consultório	
<input type="checkbox"/> Scanner Imagem Digital		<input checked="" type="checkbox"/> Fax		<input type="checkbox"/> Estacionamento		<input type="checkbox"/> Estufa		<input type="checkbox"/> Internet Residência	
ESPECIALIZAÇÃO - TÍTULOS DE ESPECIALIZAÇÃO DO CREDENCIADO									
<input type="checkbox"/> Dentística		<input type="checkbox"/> Odontopediatria		<input type="checkbox"/> Periodontia		<input type="checkbox"/> Endodontia		<input type="checkbox"/> Cirurgia	
<input type="checkbox"/> Pacientes Especiais		<input type="checkbox"/> Ortodontia		<input type="checkbox"/> Implantodontia		<input type="checkbox"/> ATM		<input checked="" type="checkbox"/> Radiologia	
<input type="checkbox"/> Prótese		<input type="checkbox"/> Estomatologia							
TÍTULO MESTRADO				INSTITUIÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE				ANO 05	
ESPECIALIZAÇÃO				RADIOLOGIA				91	
ESPECIALIZAÇÃO				DOCÊNCIA UNIVERSITÁRIA				93	
CONVÊNIO/SEGURO									
DESEDE									
CONVÊNIO/SEGURO									
DESEDE									
DADOS PESSOAIS COMERCIAIS									
ENDEREÇO RESIDENCIAL									
RUA MARIA AMALIA 134 502									
BAIRRO		CEP		CIDADE		UF			
TIJUCA		20510430		RIO DE JANEIRO		RJ			
FONE RESIDENCIAL (DDD+Nº)		ESTADO CIVIL		DATA DE NASCIMENTO		NATURALIDADE			
2122781906		CASADA		19/02/1964		BRASILEIRA			
FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA - FACULDADE									
ODONTOLÓGICA - UFRJ									
CONCLUSÃO									
DADOS FINANCEIROS									
CÓDIGO E NOME DO BANCO				NÚMERO (COM DÍGITO) E NOME DA AGÊNCIA					
003-BANCO DO BRASIL				1251-3					
Nº E DÍGITO DA CONTA				CIDADE					
330836-7				RIO DE JANEIRO RJ					

DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ENVIADO À ODONTOLIFE:

Pessoa Física: Cópia do RG, CPF e CRO. Comprovante de Endereço do(s) local(is) de atendimento, Diploma e Títulos Especialidades, Inscrição na Prefeitura (CCM ou ISS), Alvará de Funcionamento da Vigilância Sanitária, de cada endereço.
Pessoa Jurídica: além dos documentos anteriores, CNPJ, Contrato Social, CRO do responsável Técnico e da Pessoa Jurídica, relação com nome completo, CRO, CPF, Diploma e Títulos de Especialidades de cada integrante do corpo clínico.

Deverão ser encaminhados também o termo de referenciamento para prestação de serviços odontológicos (contrato principal), devidamente preenchido e assinado, bem como a cópia do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e um comprovante de conta bancária.

Declaro que as informações descritas acima são verdadeiras, também declaro ter recebido, tomado ciência e concordado com todas as cláusulas do termo de referenciamento para prestação de serviços odontológicos e este documento, prevalecerão aquelas do contrato principal em detrimento as descritas nesta declaração. Declaro de fé, as informações ora mencionadas, as quais poderei provar quando necessário.

ODONTOLIFE - CNPJ 01.468.033/0001-23 - R. 24 Maio, 1365, Rebouças, Curitiba - PR, CEP 80230-080 | (41) 3222.5000 | <http://www.lifeodonto.com/novo>

LOCAL **RIO DE JANEIRO**
DATA **03/04/2014**
CRO **11846**

Dra. Marcia Frias Pinto Marinho
Radiologista Oral
CRO 18846

Dra. Marcia Frias Pinto Marinho
Radiologista Oral
CRO 18846
ASSINATURA E CARIMBO

Thayrine de Andrade
Credenciamento
Odontológico