

CREDENCIADO PJ					
NOME DA CLINICA:		GRAZIELE CAMARGO REIS			
CNPJ:	411440600001-65				
CIDADE:	BARUERI	BAIRRO:	ALPHAVILLE COMERCIAL	UF:	SP
TELEFONE PARA DIVULGAÇÃO:	(11)40405521 (11)945428583			MULTIPLICADOR:	0.30
HORARIO DE ATENDIMENTO:		COMERCIAL			
EMAIL:		DRAGRAZIELE@CAMARGOREIS.COM.BR			
CONSULTOR(A):	KAMILA DE CARVALHO			CHAMADO:	SAD168691990485
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	
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"/> 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 type="checkbox"/> CNES		
CORPO CLINICO					
RESPONSAVEL TECNICO					
CRO:	134773	UF: SP	NOME:	GRAZIELE CAMARGO REIS	<input type="checkbox"/>
PRESTADORES					
CRO:	68389	UF: SP	NOME:	ADRIANA GONCALVES	<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					
APROVAÇÃO					
CADASTRO: TREINAMENTO : DIVULGAÇÃO:					
RAQUEL BORBA DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE		POLIANA ANDRADE ADMINISTRATIVO CREDENCIAMENTO		AGATA GOMES SUPERVISÃO GESTÃO DE REDE	