

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:		<a href="mailto:DRAGRAZIELE@CAMARGOREIS.COM.BR">DRAGRAZIELE@CAMARGOREIS.COM.BR</a>																																																																			
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																																																																					
<div><div><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</div><div><input type="checkbox"/> GETNET <input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA SANITÁRIA <input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA SIMPLES NACIONAL <input type="checkbox"/> CNES</div></div>																																																																					
CORPO CLINICO																																																																					
<table border="1"><thead><tr><th colspan="4">RESPONSAVEL TECNICO</th></tr></thead><tbody><tr><td>CRO:</td><td>134773</td><td>UF: SP</td><td>NOME: GRAZIELE CAMARGO REIS <input type="checkbox"/></td></tr><tr><th colspan="4">PRESTADORES</th></tr><tr><td>CRO:</td><td>68389</td><td>UF: SP</td><td>NOME: ADRIANA GONCALVES <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CRO:</td><td></td><td>UF:</td><td>NOME: <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CRO:</td><td></td><td>UF:</td><td>NOME: <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CRO:</td><td></td><td>UF:</td><td>NOME: <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CRO:</td><td></td><td>UF:</td><td>NOME: <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CRO:</td><td></td><td>UF:</td><td>NOME: <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CRO:</td><td></td><td>UF:</td><td>NOME: <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CRO:</td><td></td><td>UF:</td><td>NOME: <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CRO:</td><td></td><td>UF:</td><td>NOME: <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CRO:</td><td></td><td>UF:</td><td>NOME: <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CRO:</td><td></td><td>UF:</td><td>NOME: <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>CRO:</td><td></td><td>UF:</td><td>NOME: <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>										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"/>	CRO:		UF:	NOME: <input type="checkbox"/>
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"/>																																																																		
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 GESTAO DE REDE																																																															