

RESPONSÁVEL TÉCNICO									
NOME DA CLÍNICA:		RAIMUNDO NONATO STEHLING FILHO							
CNPJ:		02127198000102							
CIDADE:		NOVA LIMA		BAIRRO:		CENTRO		UF: MG	
CONSULTOR(A):		MATHEUS			CHAMADO:		SAD173437306199		
QUAL REDE?		<input type="checkbox"/> ENTAL UNI		<input checked="" type="checkbox"/> DONTOLIFE			MULTIPLICADOR 0,43		
ATO DIFERENCIADO									
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?		<input type="checkbox"/> SIM		ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT					
		<input 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					
				<input type="checkbox"/> CNES					
NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO									
CRO: 16926		UF: MG		NOME: LUIZ ALBERTO COSTA MORAIS					
NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO SERÁ ATUANTE				SIM <input checked="" type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> NOVA INCLUSÃO									
<input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO									
ANTIGO RESP. TÉCN. PERMANECERÁ NO CORPO CLÍNICO ?				<input type="checkbox"/> SIM		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
ÁREAS DE ATUAÇÃO									
<input type="checkbox"/> CLÍNICO GERAL		<input type="checkbox"/> ENDODONTIA		<input type="checkbox"/> PERIODONTIA		<input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA			
<input type="checkbox"/> DENTÍSTICA		<input type="checkbox"/> URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24H		<input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL					
<input type="checkbox"/> ORTODONTIA		<input type="checkbox"/> ODONTOGERIATRIA		<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA					
OBS:		RADIOLOGIA							
AUTORIZAÇÃO ESPECIAL									
APROVAÇÃO									
CADASTRO:									
SENHA GERADA:									
KELY CRISTINA ADMINISTRATIVO			POLIANA ANDRADE GESTORA GESTÃO DE REDE			MAYKON DAL'NEGRO SUPERVISOR RELACIONAMENTO			