

RESPONSÁVEL TÉCNICO					
NOME DA CLINICA:	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 INCLUSAO <input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO ANTIGO RESP TÉC. PERMANERA NO CORPO CLINICO ? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
ÁREAS DE ATUAÇÃO					
<input type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<input type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA		
<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H	<input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL			
<input type="checkbox"/> ORTODONTIA	<input type="checkbox"/> ODONTOGERIATRIA	<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA			
OBS:	RADIOLOGIA				
AUTORIZAÇÃO ESPECIAL					
APROVAÇÃO					
CADASTRO:					
SENHA GERADA:					
KELY CRISTINA	POLIANA ANDRADE			MAYKON DAL'NEGRO	
ADMINISTRATIVO	GESTORA GESTÃO DE REDE			SUPERVISOR RELACIONAMENTO	