

| RESPONSÁVEL TÉCNICO | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|-----|----|
| NOME DA CLÍNICA: | | KO KONCEITO ODONTOLOGIA FUNCAO E ESTETICA | | | | | | | |
| CNPJ: | | 53484202000112 | | | | | | | |
| CIDADE: | FLORIANÓPOLIS | | | BAIRRO: | BALNEARIO | | | UF: | SC |
| CONSULTOR(A): | | JESSICA PACHECO | | | CHAMADO: | | SAD171037420890 | | |
| QUAL REDE? | | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI | | <input checked="" type="checkbox"/> ODONTOLIFE | | | MULTIPLICADOR: 0,30 | | |
| 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"/> CÓPIA DO CRO | | <input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO | | | <input checked="" type="checkbox"/> TERMO DE CORPO CLÍNICO | | | | |
| <input type="checkbox"/> CNES | | | | | | | | | |
| NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO | | | | | | | | | |
| CRO: 22441 | | SC | | NOME: TAYNA CAMARGO DO NASCIMENTO | | | | | |
| CLINICO GERAL, ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES, PROTESE DENTARIA , | | | | | | | | | |
| ÁREA DE ATUAÇÃO: PERIODONTIA, DENTISTICA, ORTODONTIA | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> NOVA INCLUSÃO <input checked="" type="checkbox"/> MIGRAÇÃO DE PRESTADOR PARA RESP. TÉCNICO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO </div> <div> ANTIGO RESP TÉCNICO PERMANECERA NO CORPO CLINICO? </div> </div> | | | | | | | | | |
| AUTORIZAÇÃO ESPECIAL | | | | | | | | | |
| APROVAÇÃO | | | | | | | | | |
| CADASTRO: SENHA GERADA: | | | | | | | | | |
| _____ RAQUEL BORBA DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIF | | | _____ POLIANA ANDRADE ADMINISTRATIVO CREDENCIAMENTO | | | _____ MAYKON DAL NEGRO RELACIONAMENTO | | | |