

## Nome Completo do Profissional

Edson Carlos Cassimiro Júnior

## Naturalidade

Castanhal

## UF

PA

## CPF

991.865.002-87

## RG

5950317 PA

## Data de Nascimento

10/04/1989

## CRO

13571

## UF CRO

SC

## Estado civil

Solteiro

## DDD

Celular

48 99601-5633

## E-mail

adm.oralgroup@gmail.com

## Responsável Técnico da Clínica

Obrigatório o fornecimento dos dados pessoais para cadastro a base, considerando a segurança do prestador, beneficiário e operadora perante órgão regentes e fiscais.

## Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

|                              | Sim                                 | Especialista             |   | Sim                      | Especialista             |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Divulgar como clínico geral  | <input checked="" type="checkbox"/> |                          | Odontopediatria                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dentística Restauradora      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endodontia                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Odontogeratria  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Periodontia                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Ortopedia Funcional dos Maxilares                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia e Traumatologia BMF | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Patologia Bucal                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prótese Dentária             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Prótese Buco-Maxilo-Facial                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implantodontia               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Estomatologia   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ortodontia                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DTM e Dor-Orofacial                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Nome Completo do Profissional

Maria Fernanda Cazonatti

## Naturalidade

Rio de Janeiro

## UF

RJ

## CPF

016.671.997-81

## RG

11343935-0 RJ

## Data de Nascimento

21/06/1983

## CRO

23865

## UF CRO

SC

## Estado Civil

Casada

## DDD

## celular

48 99106-2106

## E-mail

adm.oralgroup@gmail.com

Obrigatório o fornecimento dos dados pessoais para cadastro a base, considerando a segurança do prestador, beneficiário e operadora perante órgão regentes e fiscais.

## Áreas da Odontologia que atenderá para a Odontolife

|                              |                                     |                                     |   |                                     |                                     |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Divulgar como clínico geral  | <input type="checkbox"/>            | Odontopediatria                     | <input checked="" type="checkbox"/>                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Dentística Restauradora      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Endodontia                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Odontogeratria  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| Periodontia                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Ortopedia Funcional dos Maxilares                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cirurgia e Traumatologia BMF | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Patologia Bucal                                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| Prótese Dentária             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Prótese Buco-Maxilo-Facial                            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| Implantodontia               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | Estomatologia   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| Ortodontia                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | DTM e Dor-Orofacial                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |