

**Nome Completo do Profissional**

**Naturalidade**

**UF**

THAYNA SANTOS DE SOUZA JULIO

RIO DE JANEIRO

RJ

**CPF**

**RG**

**Data de Nascimento**

**CRO**

**UF CRO**

**Estado civil**

058.702.887-46

21.304.433-2

19/08/1995

48180

RJ

SOLTEIRA

**DDD**

**Celular**

**E-mail**

**Responsável Técnico da Clínica**

21

97637-2259

CREDENCIAMENTO.TJ@GMAIL.COM

X

**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"/>	Odontogeriatría	<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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTM e Dor-Orofacial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nome Completo do Profissional**

**Naturalidade**

**UF**

CAIO SAMPAIO DE SOUZA

RIO DE JANEIRO

RJ

**CPF**

**RG**

**Data de Nascimento**

**CRO**

**UF CRO**

**Estado Civil**

162.535.867-93

29.069.450-4

05/02/1996

52394

RJ

SOLTEIRO

**DDD**

**celular**

**E-mail**

21

97637-2259

CREDENCIAMENTO.TJ@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 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"/>	Odontogeriatría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periodontia	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTM e Dor-Orofacial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>