

| RESPONSÁVEL TÉCNICO                                                          |  |                                                    |                                   |                                                     |  |                                               |  |                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|------------------------|--|
| NOME DA CLINICA:                                                             |  | CENTRO ODONTOLÓGICO AGUA BRANCA LTDA.              |                                   |                                                     |  |                                               |  |                        |  |
| CNPJ:                                                                        |  | 67983205000105                                     |                                   |                                                     |  |                                               |  |                        |  |
| CIDADE:                                                                      |  | SAO PAULO                                          |                                   | BAIRRO:                                             |  | AGUA BRANCA                                   |  | UF: SP                 |  |
| CONSULTOR(A):                                                                |  | MARIA EDUARDA                                      |                                   |                                                     |  | CHAMADO:                                      |  | SAD175551739718        |  |
| QUAL REDE?                                                                   |  | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI                |                                   | <input checked="" type="checkbox"/> ODONTOLIFE      |  | MULTIPLICADOR 0,30                            |  |                        |  |
| ATO DIFERENCIADO                                                             |  |                                                    |                                   |                                                     |  |                                               |  |                        |  |
| POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?                                                   |  | <input checked="" type="checkbox"/> SIM            |                                   | ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT                       |  |                                               |  | 0,30                   |  |
|                                                                              |  | <input type="checkbox"/> NÃO                       |                                   | ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT                       |  |                                               |  | 2,13                   |  |
| CHECK LIST DE DOCUMENTOS                                                     |  |                                                    |                                   |                                                     |  |                                               |  |                        |  |
| I I 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: 137348                                                                  |  | UF: SP                                             |                                   | NOME: CAROLINA SALES COSTA                          |  |                                               |  |                        |  |
| NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO SERÁ ATUANTE                                        |  |                                                    |                                   | SIM <input checked="" type="checkbox"/>             |  | NÃO <input type="checkbox"/>                  |  |                        |  |
| <input type="checkbox"/> NOVA INCLUSÃO                                       |  |                                                    |                                   |                                                     |  |                                               |  |                        |  |
| <input checked="" 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 checked="" 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 BUCOMAXILO FACIAL |  |                                               |  |                        |  |
| <input type="checkbox"/> ORTODONTIA                                          |  | <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA            |                                   | <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA            |  |                                               |  |                        |  |
| OBS:                                                                         |  |                                                    |                                   |                                                     |  |                                               |  |                        |  |
| AUTORIZAÇÃO ESPECIAL                                                         |  |                                                    |                                   |                                                     |  |                                               |  |                        |  |
|                                                                              |  |                                                    |                                   |                                                     |  |                                               |  |                        |  |
| APROVAÇÃO                                                                    |  |                                                    |                                   |                                                     |  |                                               |  |                        |  |
| CADASTRO:                                                                    |  |                                                    |                                   |                                                     |  |                                               |  |                        |  |
| SENHA GERADA:                                                                |  |                                                    |                                   |                                                     |  |                                               |  |                        |  |
| KELY CRISTINA<br>ADMINISTRATIVO                                              |  |                                                    | ADRIANO RICARDO<br>GESTÃO DE REDE |                                                     |  | MAYKON DAL'NEGRO<br>SUPERVISOR RELACIONAMENTO |  |                        |  |