



FICHA CADASTRAL PARA CREDENCIAMENTO

Rua do Espinheiro, 174
Espinheiro – Recife – PE
CEP : 52.020-020
Tel.: (0**81) 3366.6800
Fax.: (0**81) 3366.6808
Site:www.planoortoclin.com.br

1. NOME		2.C.R.O.																									
3. RAZÃO SOCIAL / NOME FANTASIA		4. C.R.O. – PJ.																									
5. C.N.P.J.	6. I.N.S.S. OU PIS / PASEP	7. C.C.M. (I.S.S.)																									
8. R.G.	9. C.P.F.	10. DATA DE NASCIMENTO	11. SEXO () MASCULINO () FEMININO																								
12. FACULDADE ONDE SE FORMOU		13. ANO DE CONCLUSÃO																									
14. ESPECIALIDADE QUE GOSTARIA QUE CONSTASSE NO MANUAL?		15. ESPECIALIDADE(S) RECONHECIDA(S) POR TÍTULO(S)?																									
() CLÍNICA GERAL	() CLÍNICA GERAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 40%;">MANHÃ</th> <th style="width: 40%;">TARDE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: left;">SEGUNDA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: left;">TERÇA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: left;">QUARTA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: left;">QUINTA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: left;">SEXTA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: left;">SÁBADO</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: left;">DOMINGO</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			MANHÃ	TARDE	SEGUNDA			TERÇA			QUARTA			QUINTA			SEXTA			SÁBADO			DOMINGO		
	MANHÃ			TARDE																							
SEGUNDA																											
TERÇA																											
QUARTA																											
QUINTA																											
SEXTA																											
SÁBADO																											
DOMINGO																											
() ENDODONTIA	() ENDODONTIA																										
() CIRURGIA	() CIRURGIA																										
() PERIODONTIA	() PERIODONTIA																										
() CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL	() CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL																										
() PRÓTESE	() PRÓTESE																										
() ODONTOPEDIATRIA	() ODONTOPEDIATRIA																										
() DENTÍSTICA	() DENTÍSTICA																										
() PACIENTES ESPECIAIS	() PACIENTES ESPECIAIS																										
() ORTODONTIA	() ORTODONTIA																										
() PRONTO SOCORRO 24 HORAS	() PRONTO SOCORRO 24 HORAS																										
() RADIOLOGIA	() RADIOLOGIA																										
() IMPLANTE	() IMPLANTE																										
() OUTROS (ESPECIFICAR):	() OUTROS (ESPECIFICAR):																										
16. E-MAIL (PROFICIONAL)		17. C.N.E.S. NÚMERO																									
18. NOME DO BANCO	19. Nº DO BANCO	20. Nº DA AGÊNCIA	21. Nº CONTA CORRENTE																								
22. ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO 1	23. Nº	24. SALA																									
25. BAIRRO	26. ZONA																										
27. CIDADE	28. U.F.	29. C.E.P.																									
30. (DDD) TELEFONE	31. (DDD) FAX																										
32. ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO 2	33. Nº	34. SALA																									
35. BAIRRO	36. ZONA																										
37. CIDADE	38. U.F.	39. C.E.P.																									
40. (DDD) TELEFONE	41. (DDD) FAX																										
42. ENDEREÇO RESIDENCIAL	43. Nº	44. SALA	45. E-MAIL (RESIDENCIAL)																								
46. BAIRRO	47. ZONA																										
49. U.F.	50. C.E.P.	51. (DDD) TELEFONE FIXO	52. (DDD) CELULAR																								
53. (DDD) FAX	54. ATENDE OUTROS CONVÊNIOS (QUAIS)?																										
55. INFRA-ESTRUTURA																											
() SIM () NÃO AMALGAMADOR	() SIM () NÃO JATO DE BICARBONATO	() SIM () NÃO AUXILIAR																									
() SIM () NÃO FOTOPOLIMERIZADOR	() SIM () NÃO LASER () CLAREAMENTO () TERAPEUTICA	() SIM () NÃO RECEPCIONISTA																									
() SIM () NÃO ESTUFA	() SIM () NÃO COMPUTADOR	() SIM () NÃO METRÔ ATÉ 500 METROS																									
() SIM () NÃO AUTOCLAVE	() SIM () NÃO ESTACIONAMENTO PRÓPRIO	() SIM () NÃO ÔNIBUS ATÉ 500 METROS																									
() SIM () NÃO ULTRASSOM	() SIM () NÃO OUTROS: _____																										
56. EQUIPOS / CLÍNICA																											
QUANTIDADE DE EQUIPOS	MARCA(S) DO(S) EQUIPAMENTO(S)	MODELO(S)	ANO(S)																								

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

1. Nome Completo (em caso de Pessoa Jurídica colocar o nome do dentista responsável).
2. CRO do dentista.
3. Nome da empresa ou nome que gostaria que fosse divulgado no livreto e na Internet.
4. CRO da empresa, caso seja Pessoa Jurídica.
5. Número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – C.N.P.J. – (antigo C.G.C.).
6. Número da Carteira do I.N.S.S.
7. Número do C.C.M. (I.S.S.).
8. Número da Carteira de Identidade.
9. Número do Cadastro de Pessoa Física.
10. Data da nascimento do dentista.
11. Sexo.
12. Faculdade em que se formou.
13. Ano de formatura.
14. Especialidades em que gostaria que fosse divulgado no livreto e na internet.
15. Colocar apenas especialidade que possam ser comprovadas por título.
16. Aquele que você acessa do seu consultório.
17. C.N.E.S. (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde).
- 18/19/20/21. Dados bancários (enviar junto CÓPIA comprovando que o CD é o titular da conta).
- 22 ao 53. Endereço completo do(s) consultório(s) e residencial (importante preencher corretamente para divulgação correta aos usuários).
54. Colocar a relação de convênios caso o CD atenda outros.
55. Colocar um “X” nos itens em que constam em sua infra-estrutura.
56. Preencher os dados do(s) seu(s) equipo(s).
57. Horário de atendimento – Informar o horário de início e término de atendimento do(s) consultório(s) (importante preencher corretamente para divulgação correta aos usuários).

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O CREDENCIAMENTO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CURRICULUM VITAE (RESUMO) | <input type="checkbox"/> CÓPIA DO I.N.S.S. OU PIS / PASEP |
| <input type="checkbox"/> CÓPIA DO R. G. <input type="checkbox"/> C. P. F. <input type="checkbox"/> C. R. O. | <input type="checkbox"/> CÓPIA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA |
| <input type="checkbox"/> CÓPIA DOI. C. C. M. (I. S. S.) | <input type="checkbox"/> CÓPIA DE UM COMPROVANTE DE TITULARIDADE DA CONTA CORRENTE |

AFIRMO QUE AS INFORMAÇÕES RELATIVAS AO MEU CONSULTÓRIO OU CLÍNICA, CONTIDAS NESTA FICHA CADASTRAL, SÃO VERDADEIRAS E AUTORIZO A DIVULGAÇÃO DESTAS INFORMAÇÕES.

ASSINATURA DO CREDENCIADO

DATA

PARA USO EXCLUSIVO DA ORTOCLIN

USO

CÓDIGO DO CREDENCIAMENTO

DIGITADO E CONFERIDO POR

DATA