

FICHA CADASTRAL



ANS 41.328-3 CRO 6836

USO

Código de credenciamento

--

 Ambulatorial Ortodontia Emerg. 24hs Radiologia

IDENTIFICAÇÃO PESSOA JURÍDICA

Razão Social:		CRO		
Nome de Fantasia:				
CNPJ:	CNES:	CCM:		
Nome do Representante Legal:		CPF:	CRO:	
Nome do Responsável Técnico/ Legal:		CPF:	CRO:	
Faculdade onde se formou:		Data de Formatura:		
Endereço Residencial:		Complemento:	Bairro	
Município:	UF:	CEP	Fone 1:	Fone 2:

IDENTIFICAÇÃO PESSOA FÍSICA

Nome:		CRO:		
CPF:	RG:	Data de Nasc.		
Faculdade onde se formou:		Data de Formatura:		
INSS/PIS:	Inscrição Municipal	CNES:		
Nome da Mãe:				
Endereço Residencial:		Complemento:	Bairro	
Município:	UF:	CEP	Fone 1:	Fone 2:

DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco		Numero do Banco		Conta Corrente <input type="checkbox"/>	Poupança <input type="checkbox"/>
Agencia	Digito	Conta:	Digito	Caso for Caixa Econômica Federal, favor informar o número da Operação: _____	

DADOS DO CONSULTÓRIO

Nome de Fantasia:		CRO:		
Endereço Comercial:		Complemento:	Bairro	
Site:		E-MAIL:		
Município:	UF:	CEP	Fone 1:	Fone 2:
Alvará de Funcionamento:		Alvará da Vigilância Sanitária:		
Horário de Atendimento:				

Estacionamento	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Acessibilidade	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Ar-Condicionado	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Internet	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
RX	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Sala de Esterilização	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Laser	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Câmera Intraoral	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Microscópio	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Profi	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não

ÁREA DE ATUAÇÃO

Clínica Geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.	Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.
Dentística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.	Odontogeriatría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.
Cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.	Pacientes Especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.
Cirurgia-Buco-Maxilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.	Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.
Endodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.	Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.
Periodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.	Radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.
Prótese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.	Pronto Socorro 24Hs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.
Ortodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.	Outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especial.

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO

Curso:	Conclusão:	Horas:
Curso:	Conclusão:	Horas:
Curso:	Conclusão:	Horas:

CORPO CLÍNICO

Nome:	CRO/UF:
RG:	CPF
Data de Nasc.	
Área de atuação:	

Nome:	CRO/UF:
RG:	CPF
Data de Nasc.	
Área de atuação:	

Nome:	CRO/UF:
RG:	CPF
Data de Nasc.	
Área de atuação:	

Nome:	CRO/UF:
RG:	CPF
Data de Nasc.	
Área de atuação:	

Nome:	CRO/UF:
RG:	CPF
Data de Nasc.	
Área de atuação:	

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo do Responsável

