

INCLUSÃO DE PRESTADOR						
NOME DA CLÍNICA:		PRO-SAUDE SERVICOS ODONTOLOGICOS LTDA				
CNPJ:	6790121000160	NOME RESP. T.	CRISTIAN FABRICIO LARA RIVADENEIRA	CRO:	17663	
CIDADE:	SÃO JOSE	BAIRRO:	CAMPINAS	UF:	SC	
DATA DO CREDENCIAMENTO:				07/07/2025		
CONSULTOR:	KAMILLI		CHAMADO:	SAD175977258899		
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:	0,6	
ATO DIFERENCIADO						
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT		0,30	
		<input type="checkbox"/> NÃO	ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT		2,75	
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES						
MÊS	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
PRODUÇÃO	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 40,80	R\$ 2.190,81
CHECK LIST DE DOCUMENTOS						
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO <input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO <input type="checkbox"/> CNES						
PRESTADORES						
CRO: 21583	UF: SC	DANIELE MARÇO DE SAOUZA ROCHA				<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO: ENDODONTIA						
CRO:	UF:					<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:	UF:					<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:	UF:					<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:	UF:					<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:	UF:					<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
INFORMAÇÕES						
CLÍNICA SOLICITA A INCLUSÃO DE NOVO PRESTADOR. DEMAIS MESES NÃO POSSUÍ PRODUÇÃO, POIS SE CREDENCIOU NO MÊS 07 DESSE ANO.						
APROVAÇÃO						
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						
QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUÍDO?						
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:				
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:				
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:				
_____ Raquel Borba Diretoria Clínica - Odonto Life			_____ Adriano Ricardo Gestão de Rede			