

INCLUSÃO DE PRESTADOR

CRIS MED ODONTO SULACAP LTDA							
NOME DA CLINICA:							
CNPJ:	38259085000108	NOME RESP. T.	CRISTIANE MEDEIROS SOUZA ROMAO		CRO:	20296	
CIDADE:	RIO DE JANEIRO		BAIRRO:	REALENGO		UF:	RJ
DATA DO CREDENCIAMENTO:						08/02/2022	
CONSULTOR:	PABLO		CHAMADO:	40641420250402000000			
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:	0,4		
ATO DIFERENCIADO							
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?	<input type="checkbox"/> SIM	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT				-	
	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT				-	
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES							
MÊS	-	dezembro/2025	janeiro/2025	fevereiro/2025	março/2025	abril/2025	
PRODUÇÃO	R\$ -	R\$ 120,00	R\$ 245,60	R\$ 516,40	R\$ 48,80	R\$	271,60
CHECK LIST DE DOCUMENTOS							
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO		<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO		<input type="checkbox"/> CNES			
PRESTADORES							
CRO:	55725	UF:	RJ	NICOLLE RAPOSO DA FONSECA MAIA			<input checked="" 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 ENTROU EM CONTATO SOLICITANDO INCLUSÃO DE PRESTADOR.							
APROVAÇÃO							
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:	<input type="checkbox"/> SIM						
	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO						
QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUIDO?							
NOME:	CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:					
NOME:	CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:					
NOME:	CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:					
<hr/>							
<i>Raquel Borba</i> Diretoria Clínica - Odonto Life	<i>Maykon Dal'Negro</i> Supervisor Relacionamento		<i>Adriano Ricardo</i> Gestão de Rede			<i>Kelly Oliveira</i> Gestão de Rede	