

INCLUSÃO DE PRESTADOR						
NOME DA CLINICA:		AMANDA GONCALVES GOMES ODONTOLOGIA				
CNPJ:	45048259000140	NOME RESP. T.	AMANDA GONCALVES GOMES		CRO:	136411
CIDADE:	MOGI DAS CRUZES	BAIRRO:	VILA OLIVEIRA		UF:	SP
DATA DO CREDENCIAMENTO: 13/05/2022						
CONSULTOR:	JESSICA PACHECO		CHAMADO:	SAD17308955457		
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:	0,35	
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	-	-	-	-	-	-
PRODUÇÃO	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
CHECK LIST DE DOCUMENTOS						
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO		<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO		<input type="checkbox"/> CNES		
PRESTADORES						
CRO: 162277	UF: SP	JAQUELINE MORAIS DE ALMEIRA			<input checked="" type="checkbox"/>	
ÁREA DE ATUAÇÃO: CIRURGIA, DENTISTICA, CLINICO GERAL						
CRO: 144697	UF: SP	VIRGINIA DINI TEODORO			<input checked="" 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						
Solicito autorização para incluir prestadoras no corpo clínico de uma clinica que está sendo retida.						
APROVAÇÃO						
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						
QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUIDO?						
NOME:	CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:				
NOME:	CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:				
NOME:	CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:				
<i>Raquel Borba</i> Diretoria Clínica - Odonto Life		<i>Maykon Dal'Negro</i> Supervisor Relacionamento		<i>Poliana Andrade</i> Gestora Gestão de Rede		<i>Kelly Oliveira</i> Gestão de Rede