

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: Clínico geral, Cirurgia, Dentística						
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						
<p>Solicito autorização para incluir prestadoras no corpo clinico de uma clinica que está sendo retida.</p>						
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:				
<div> <div>Raquel Borba Diretoria Clínica - Odonto Life</div> <div>Maykon Dal'Negro Supervisor Relacionamento</div> <div>Poliana Andrade Gestora Gestão de Rede</div> <div>Kelly Oliveira Gestão de Rede</div> </div>						