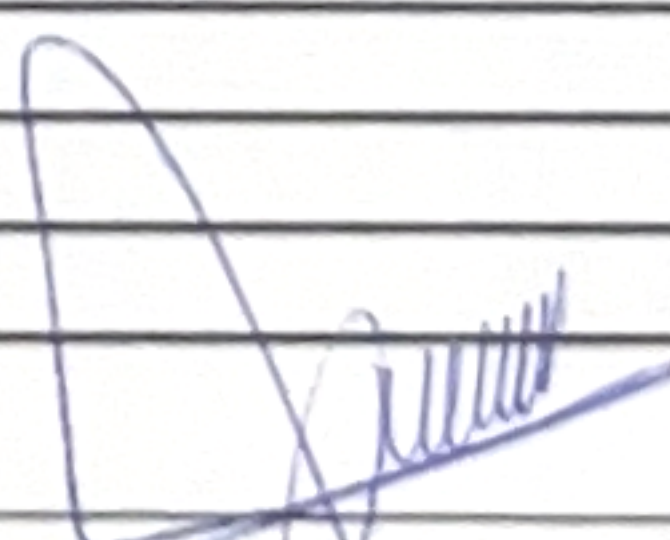


INCLUSÃO DE PRESTADOR						
NOME DA CLINICA:		MAXCARD				
CNPJ:	24230660000127	NOME RESP. T.	INDIA MARA DOS SANTOS		CRO:	9896
CIDADE:	ICARA	BAIRRO:	CENTRO		UF:	SC
DATA DO CREDENCIAMENTO:		22/07/2025				
CONSULTOR:	MARIA EDUARDA		CHAMADO:	SAD175986835620		
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:	0,3	
ATO DIFERENCIADO						
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT		0,30	
		<input type="checkbox"/> NÃO	ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT		1,00	
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES						
MÊS	MAI.2025	JUN.2025	JUL.2025	AGO.2025	SET.2025	OUT.2025
PRODUÇÃO	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 5.248,70	R\$ 11.568,40
CHECK LIST DE DOCUMENTOS						
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO <input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO <input type="checkbox"/> CNES						
PRESTADORES						
CRO: 21315	UF: SC	BRUNA SABRINA FERNANDES BRUZAMARELLO				<input checked="" type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO: DENTISTICA, PERIODONTIA, PROTESE E CIRURGIA.						
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						
DESEJA INCLUIR A DRA NO CORPO CLINICO.						
APROVAÇÃO						
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO						
QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUIDO?						
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:				
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:				
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:				
<div><div>Raquel Borba Diretoria Clínica - Odonto Life</div><div>Maykon Dal'Negro Supervisor Relacionamento</div><div> Adriano Ricardo Gestão de Rede</div><div>Kelly Oliveira Gestão de Rede</div></div>						