

INCLUSÃO DE PRESTADOR													
NOME DA CLINICA:		GUILHERME VINICIUS DESTRO CHIQUINATO											
CNPJ:	23.900.492/0001-77		NOME RESP. TEC.	AMANDA DUTRA SANCHES									
CIDADE:	SÃO MANUEL		BAIRRO:	CENTRO									
UF:		SP											
DATA DO CREDENCIAMENTO:		26/04/2023											
CONSULTOR(A):	POLIANA ANDRADE			CHAMADO: SAD168451611271									
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR: 0.30								
ATO DIFERENCIADO													
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?	<input checked="" type="checkbox"/>	SIM		ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT	0.61								
	<input type="checkbox"/>	NÃO		ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT	1.91								
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 3 MESES													
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">MÊS</th> <th style="text-align: center;">SEM PRODUÇÃO</th> <th style="text-align: center;">SEM PRODUÇÃO</th> <th style="text-align: center;">SEM PRODUÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">PRODUÇÃO</td> <td style="text-align: center;">R\$ -</td> <td style="text-align: center;">R\$ -</td> <td style="text-align: center;">R\$ -</td> </tr> </tbody> </table>		MÊS	SEM PRODUÇÃO	SEM PRODUÇÃO	SEM PRODUÇÃO	PRODUÇÃO	R\$ -	R\$ -	R\$ -				
MÊS	SEM PRODUÇÃO	SEM PRODUÇÃO	SEM PRODUÇÃO										
PRODUÇÃO	R\$ -	R\$ -	R\$ -										
CHECK LIST DE DOCUMENTOS													
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	ATIVO NO CFO	<input type="checkbox"/>	CNES									
PRESTADORES													
CRO: 143753	UF: SP	JOAO PEDRO PUPO DA SILVEIRA <input checked="" type="checkbox"/>											
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLÍNICO GERAL, DENTÍSTICA E ODONTOPODIATRIA													
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"/>											
INFORMAÇÕES													
APROVAÇÃO													
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:		<input type="checkbox"/>	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
		<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:											
RAQUEL BORBA		POLIANA ANDRADE		AGATA GOMES									
DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE		ADMINISTRATIVO CREDENCIAMENTO		SUPERVISÃO GESTAO DE REDE									