

| INCLUSÃO DE PRESTADOR  |  |  |                                     |                 |                                     |
|--|--|--|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| NOME DA CLINICA:   |  | GUILHERME VINICIUS DESTRO CHIQUINATO           |                                     |                 |                                     |
| CNPJ:  | 23.900.492/0001-77                               | NOME RESP. TEC.                                | AMANDA DUTRA SANCHES                | CRO:            | 131949                              |
| 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   |  |  |                                     |                 |                                     |
| 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"/> 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 ODONTOPEDIATRIA   |  |  |                                     |                 |                                     |
| 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:   |  |  |                                     |                 |                                     |
| CRO:   | UF:  |  |                                     |                 | <input type="checkbox"/>            |
| INFORMAÇÕES  |  |  |                                     |                 |                                     |
|  |  |  |                                     |                 |                                     |
| APROVAÇÃO  |  |  |                                     |                 |                                     |
| SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:   |  | <input type="checkbox"/> SIM                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                 |                                     |
|  |  | <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<br/>DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE</div> <div>POLIANA ANDRADE<br/>ADMINISTRATIVO CREDENCIAMENTO</div> <div>AGATA GOMES<br/>SUPERVISÃO GESTAO DE REDE</div> </div> |  |  |                                     |                 |                                     |