

INCLUSÃO DE PRESTADOR

NOME DA CLINICA:		SMA ODONTOLOGIA LTDA			
CNPJ:	44458042000146	NOME RESP. TEC.	ROSEANA CHAGAS FORTES CASTRO	CRO:	9752
CIDADE:	SALVADOR	BAIRRO:	PITUBA	UF:	BA
DATA DO CREDENCIAMENTO:		06/05/2022			
CONSULTOR(A):	DAYANE		CHAMADO:	SAD166248932713	
QUAL REDE?	DENTAL UNI	ODONT	☒ IFE	MULTIPLICADOR: 0,30	

ATO DIFERENCIADO

POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?	☐	SIM	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT
	☒	NÃO	ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT

PRODUÇÃO ÚLTIMOS 3 MESES

MÊS	06/06	07/07	08/08
PRODUÇÃO	15 - R\$ 537,90	24 - R\$ 1.041,30	20 - R\$ 533,10

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

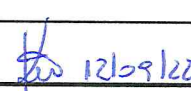
☒ CÓPIA DO CRO	☒ ATIVO NO CFO	☐ CNES
--	--	-------------------------------

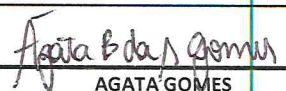
PRESTADORES

CRO:	23018	UF:	BA	NOME:	JULIANE DOS SANTOS CELESTINO	☒
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL						
CRO:		UF:		NOME:		☐
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:		UF:		NOME:		☐
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:		UF:		NOME:		☐
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:		UF:		NOME:		☐
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:		UF:		NOME:		☐
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:		UF:		NOME:		☐
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:		UF:		NOME:		☐
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:		UF:		NOME:		☐
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:		UF:		NOME:		☐
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:		UF:		NOME:		☐
ÁREA DE ATUAÇÃO:						

APROVAÇÃO

SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:		☐	SIM	☒
		☒	NÃO	
QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUIDO?				
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:		
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:		
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:		


 KEILLA CASTRO
 COORDENAÇÃO DENTALUNI


 AGATA GOMES
 ADMINISTRATIVO GESTAO DE REDE

13/09/22