

### INCLUSÃO DE PRESTADOR

<b>HRR ODONTOLOGIA LTDA</b>					
NOME DA CLINICA:					
CNPJ:	42786660000190	NOME RESP. T.	HELEN RASMUSSEN RAMOS	CRO:	SP - 137019
CIDADE:	SANTO ANDRE	BAIRRO:	JARDIM BELA VISTA	UF:	SP
DATA DO CREDENCIAMENTO: 27/01/2022					
CONSULTOR:	PABLO		CHAMADO:	SAD174532284758	
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR: 0,37
ATO DIFERENCIADO					
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?	<input type="checkbox"/>	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT			
	<input checked="" type="checkbox"/>	ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT			
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES					
MÊS	-	-	-	NOVEMBRO/2025	DEZEMBRO/2024
PRODUÇÃO	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 503,20	R\$ 118,03
					R\$ 283,05
CHECK LIST DE DOCUMENTOS					
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO		<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO		<input type="checkbox"/> CNES	
PRESTADORES					
CRO: 169115	UF: SP	SABRINA SANTOS FLORIANO <input checked="" type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLÍNICO GERAL, 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:					
CRO:	UF:	<input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
INFORMAÇÕES					
CLÍNICA ENTROU EM CONTATO SOLICITANDO INCLUSÃO DE PRESTADOR.					
APROVAÇÃO					
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR: <input type="checkbox"/> SIM <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:			
<i>Raquel Borba</i> Diretoria Clínica - Odonto Life					
<i>Maykon Dal'Negro</i> Supervisor Relacionamento					
<i>Adriano Ricardo</i> Gestão de Rede					
<i>Kelly Oliveira</i> Gestão de Rede					