

INCLUSÃO DE PRESTADOR						
NOME DA CLINICA:		HRR ODONTOLOGIA LTDA				
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"/> SIM	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT		-	
		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT		-	
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES						
MÊS	-	-	-	NOVEMBRO/2025	DEZEMBRO/2024	MARÇO/2025
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:	ÁREA DE ATUAÇÃO:				
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:				
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:				
Raquel Borba Diretoria Clínica - Odonto Life		Maykon Dal'Negro Supervisor Relacionamento		Adriano Ricardo Gestão de Rede		Kelly Oliveira Gestão de Rede