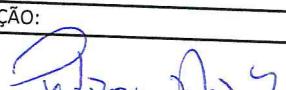


INCLUSÃO DE PRESTADOR					
NOME DA CLÍNICA:		MR ODONTOLOGIA LTDA			
CNPJ:	42.959.186/0001-50	NOME RESP. TEC.	ELIEL VITOR RODRIGUES RAMOS	CRO:	5665
CIDADE:	NATAL	BAIRRO:	TIROL	UF:	RN
DATA DO CREDENCIAMENTO:					
CONSULTOR(A):	POLIANA ANDRADE		CHAMADO:	SAD168244294014	
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:	0.35
ATO DIFERENCIADO					
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?	<input type="checkbox"/>	SIM	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT		
	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO	ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT		
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 3 MESES					
MÊS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO		
PRODUÇÃO	SEM PRODUÇÃO	SEM PRODUÇÃO	SEM PRODUÇÃO		
CHECK LIST DE DOCUMENTOS					
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO	<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO	<input type="checkbox"/> CNES			
PRESTADORES					
CRO:	6216	UF:	RN	MARLA RAQUEL LEANDRO DA SILVA <input checked="" type="checkbox"/>	
ÁREA DE ATUAÇÃO: ENDODONTIA <input checked="" type="checkbox"/>					
CRO:	UF:	<input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO: <input type="checkbox"/>					
CRO:	UF:	<input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO: <input type="checkbox"/>					
CRO:	UF:	<input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO: <input type="checkbox"/>					
CRO:	UF:	<input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO: <input type="checkbox"/>					
INFORMAÇÕES					
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
APROVAÇÃO					
QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUIDO? NOME: CRO: AREA DE ATUAÇÃO: NOME: CRO: AREA DE ATUAÇÃO: NOME: CRO: AREA DE ATUAÇÃO:					
RAQUEL BORBA DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE		 POLIANA ANDRADE ADMINISTRATIVO CREDENCIAMENTO		AGATA GOMES SUPERVISÃO GESTÃO DE REDE	