

**INCLUSÃO DE PRESTADOR**

|                  |                                     |            |                                     |        |
|------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|--------|
| NOME DA CLINICA: | LA BELLA ODONTO LTDA                |            |                                     |        |
| CNPJ:            | 22200294000138                      |            |                                     |        |
| CIDADE:          | SAO PAULO                           | BAIRRO:    | PARQUE SAO DOMINGOS                 | UF: SP |
| CONSULTOR(A):    | jessica butzke                      | CHAMADO:   | SAD162455914866                     |        |
| QUAL REDE?       | DENTAL UNI <input type="checkbox"/> | ODONTOLIFE | <input checked="" type="checkbox"/> |        |

**CHECK LIST DE DOCUMENTOS**

☒ CÓPIA DO CRO ☐ ATIVO NO CFO ☐ CNES

**AREAS DE ATUAÇÃO DA CLÍNICA**

- |                                                                       |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia                          | <input type="checkbox"/> Prótese Dentária         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dentística                        | <input type="checkbox"/> Periodontia              |
| <input type="checkbox"/> Endodontia                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Clínica Geral |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia Funcional dos Maxilares | <input type="checkbox"/> Odontogeriatrics         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortodontia                        | <input checked="" type="checkbox"/> DTM           |

**PRESTADORES**

|             |       |                              |                                     |
|-------------|-------|------------------------------|-------------------------------------|
| CRO: 121498 | UF:sp | NOME: Karen da silva Barbosa | <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------------|-------|------------------------------|-------------------------------------|

ÁREA DE ATUAÇÃO: Clinida geral /Dentística/Disfunção temporo/Ortodontia/Ortopedia/Cirurgia

|  |  |       |                          |
|--|--|-------|--------------------------|
|  |  | NOME: | <input type="checkbox"/> |
|--|--|-------|--------------------------|

ÁREA DE ATUAÇÃO:

|      |     |       |                          |
|------|-----|-------|--------------------------|
| CRO: | UF: | NOME: | <input type="checkbox"/> |
|------|-----|-------|--------------------------|

ÁREA DE ATUAÇÃO:

|      |     |       |                          |
|------|-----|-------|--------------------------|
| CRO: | UF: | NOME: | <input type="checkbox"/> |
|------|-----|-------|--------------------------|

ÁREA DE ATUAÇÃO:

|      |     |       |                          |
|------|-----|-------|--------------------------|
| CRO: | UF: | NOME: | <input type="checkbox"/> |
|------|-----|-------|--------------------------|

ÁREA DE ATUAÇÃO:

|      |     |       |                          |
|------|-----|-------|--------------------------|
| CRO: | UF: | NOME: | <input type="checkbox"/> |
|------|-----|-------|--------------------------|

ÁREA DE ATUAÇÃO:

**MULTIPLICADOR**

MULTIPLICADOR BASE: 0,40

POSSUI ATOS DIFERENCIADOS? ☐ sim ☒ não

ESPECIFICAR QUAIS (procedimento/moeda):

**APROVAÇÃO DE INCLUSÃO**

CADASTRO:

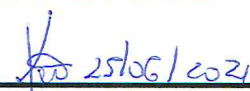
SENHA GERADA:

  
CONSULTOR(A)

CADASTRO

  
Administrativo

Ágata Beatriz da Silva Gomes

  
Supervisor

Keilla Castro Caldas