

INCLUSÃO DE PRESTADOR					
NOME DA CLINICA:		SORILINS CLINICA ODONTOLOGICA			
CNPJ:	17566192000109	NOME RESP. TEC.	DANIELA BASTOS MONTALVAO		CRO: 66206
CIDADE:	LINS	BAIRRO:	JARDIM ARIANO		UF: SP
DATA DO CREDENCIAMENTO:		05/07/2016			
CONSULTOR(A):	DAYANE		CHAMADO: SAD166212596644		
QUAL REDE?	DENTAL UNI	ODC <input type="checkbox"/> TOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR: 0,40	
ATO DIFERENCIADO					
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?	<input checked="" type="checkbox"/>	SIM	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT		
	<input type="checkbox"/>	NÃO	ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT		0,50
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 3 MESES					
MÊS		06/06	07/07	08/08	
PRODUÇÃO		42 - R\$ 2.822,80	25 - R\$ 2.144,20	50 - R\$ 4.811,70	
CHECK LIST DE DOCUMENTOS					
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO	<input checked="" type="checkbox"/>	ATIVO NO CFO	<input type="checkbox"/>	CNES	
PRESTADORES					
CRO: 137941	UF: SP	ALEXIA PAULA DA LUZ			<input checked="" type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL					
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:					
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:					
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:		
 KEILLA CASTRO COORDENAÇÃO DENTAL UNI					
 AGATA GOMES ADMINISTRATIVO GESTAO DE REDE 05/09/22					