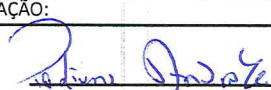


INCLUSÃO DE PRESTADOR													
NOME DA CLINICA:		RAYANA LIMA ODONTOLOGIA LTDA											
CNPJ:	42.149.226/0001-07	NOME RESP. TEC.	RAYANA ARAUJO LIMA	CRO:	45255								
CIDADE:	RIO DE JANEIRO	BAIRRO:	BARRA DA TIJUCA	UF:	RJ								
DATA DO CREDENCIAMENTO:		08/08/2023											
CONSULTOR(A):	ALYNE CUSTODIO		CHAMADO:	SAD169333490881									
QUAL REDE?	DENTAL UNI <input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE <input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:	0.30									
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													
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>MÊS</th> <th>AGOSTO</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRODUÇÃO</td> <td>SEM PRODUÇÃO</td> <td>R\$ -</td> <td>R\$ -</td> </tr> </tbody> </table>				MÊS	AGOSTO			PRODUÇÃO	SEM PRODUÇÃO	R\$ -	R\$ -
MÊS	AGOSTO												
PRODUÇÃO	SEM PRODUÇÃO	R\$ -	R\$ -										
CHECK LIST DE DOCUMENTOS													
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO		<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO		<input type="checkbox"/> CNES									
PRESTADORES													
CRO:	45251	UF:	RJ	ALDREISON LEANDRO OLIVEIRA DA SILVA	<input type="checkbox"/>								
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLÍNICO GERAL													
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:													
CRO:		UF:			<input type="checkbox"/>								
ÁREA DE ATUAÇÃO:													
INFORMAÇÕES													
ESSA INCLUSÃO CONTA PARA O CONSULTOR MARCOS NO INTUITO DE AJUDALO COM A META E PORQUE A CONSULTORA ALYNE ESTÁ DE FÉRIAS.													
APROVAÇÃO													
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:		<input type="checkbox"/> SIM		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO									
		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO											
QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUÍDO?													
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:											
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:											
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:											
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 30%;"> RAQUEL BORBA DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">  POLIANA ANDRADE ANALISTA JR CREDEN/COOP </div> <div style="width: 30%; text-align: right;"> AGATA GOMES COORDENAÇÃO GESTAO DE REDE </div> </div>													