

INCLUSÃO DE PRESTADOR

NOME DA CLINICA:		SORRISO ABC CLINICAS ODONTOLOGICAS					
CNPJ:	37653289000239	NOME RESP. T.	RAYELLE DA SILVA MADEIRA			CRO:	129272
CIDADE:	SAO BERNARDO DO CAMPO	BAIRRO:	MONTANHÃO			UF:	SP

DATA DO CREDENCIAMENTO:		27/02/2024					
-------------------------	--	------------	--	--	--	--	--

CONSULTOR:	MATHEUS		CHAMADO:	SAD172478959298			
------------	---------	--	----------	-----------------	--	--	--

QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:	0,3	
------------	------------	--------------------------	------------	-------------------------------------	----------------	-----	--

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	JUN/2024	JUL/2024	AGO/2024	SET/2024	OUT/2024	NOV/2024
PRODUÇÃO	R\$ -	R\$ 47,46	R\$ -	R\$ 47,46	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: 129272	UF: SP	BRUNA OLIVEIRA SILVA				<input type="checkbox"/>
-------------	--------	----------------------	--	--	--	--------------------------

ÁREA DE ATUAÇÃO: ORTODONTIA						<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"/>
------------------	--	--	--	--	--	--------------------------

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

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

Poliana Andrade
Gestora Gestão de Rede

**Kell
y**