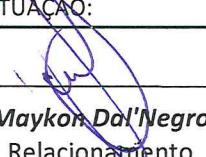


| INCLUSÃO DE PRESTADOR | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---------------|-------------------------------------|-----------------|-------|------------|--------------------------|
| NOME DA CLINICA: | | CLINIDEC | | | | | | |
| CNPJ: | 4917490000146 | | NOME RESP. T. | JULIANA PINELLI MAGALHAES VILELA | | | CRO: 17770 | |
| CIDADE: | CONTAGEM | | BAIRRO: | ELDORADO | | | UF: MG | |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: 08/11/2017 | | | | | | | | |
| CONSULTOR: | MATHEUS VIEIRA | | | CHAMADO: | SAD171387263860 | | | |
| QUAL REDE? | DENTAL UNI | <input type="checkbox"/> | ODONTOLIFE | <input checked="" type="checkbox"/> | MULTIPLICADOR: | 0,36 | | |
| ATO DIFERENCIADO | | | | | | | | |
| POSSUI ATOS DIFERENCIADOS? | <input checked="" type="checkbox"/> | SIM | | ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT | | | 0,40 | |
| | <input type="checkbox"/> | NÃO | | ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT | | | 0,56 | |
| PRODUÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES | | | | | | | | |
| MÊS | - | - | - | - | - | - | - | |
| PRODUÇÃO | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | 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: 67626 | UF: MG | DÉBORA ÉLLEN DE OLIVEIRA | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO 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"/> |
| INFORMAÇÕES | | | | | | | | |
| Horário de atendimento DRA. Debora 09h às 17h, SEM PRODUÇÃO NOS ÚLTIMOS 6 MESES. | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | |
|  <i>Raquel Borba</i> Diretoria Clínica - Odonto Life | | | | | | | | |
| <i>Maykon Dal'Negro</i> Relacionamento | | | | | | | | |
| <i>Poliana Andrade</i> Gestora Gestão de Rede | | | | | | | | |
| <i>Kell y</i> | | | | | | | | |