

INCLUSÃO DE PRESTADOR							
NOME DA CLINICA:		ODONTO PROTESES					
CNPJ:	37119157000140		NOME RESP. TEC.	CAROLINE MARTINS SABETZKI		CRO:	25934
CIDADE:	FOZ DO IGUAÇU		BAIRRO:	CAMPOS DO IGUAÇU		UF:	PR
DATA DO CREDENCIAMENTO: 29/11/2022							
CONSULTOR(A):	ANA CAROLINA			CHAMADO: SAD168028449071			
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:	0,45		
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							
MÊS	JANEIRO		FEVEREIRO		MARÇO		
PRODUÇÃO	R\$	-	R\$	2.471,40	R\$	1.116,45	
CHECK LIST DE DOCUMENTOS							
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO	<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO	<input type="checkbox"/> CNES					
PRESTADORES							
CRO: 34739	UF: PR	NOME: ZEINAB EL ZEIN				<input type="checkbox"/>	
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL, PROTESE DENTÁRIA							
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"/>
APROVAÇÃO							
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:	<input type="checkbox"/>	SIM		<input checked="" type="checkbox"/>			
	<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:					
 <b>AGATA GOMES</b>							
ADMINISTRATIVO GESTAO DE REDE							
10/04/2023							