

INCLUSÃO DE PRESTADOR						
NOME DA CLINICA:		ODONTOCLINICAS CAVALCANTE				
CNPJ:	41257786000104	NOME RESP. T.	FELIPE DA SILVA CAVALCANTE		CRO:	7370
CIDADE:	SAO LUIS	BAIRRO:	COHAMA		UF:	MA
DATA DO CREDENCIAMENTO:					04/09/2024	
CONSULTOR:	JESSICA PACHECO		CHAMADO:	SAD1736335324		
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	-	-	-	-	-	-
PRODUÇÃO	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: 10367	UF: MA	ELIANA DA SILVA CAVALCANTE				<input checked="" 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"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
CRO:	UF:					<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:						
INFORMAÇÕES						
Clinica credenciou recentemente , não há produção. Há guias canceladas, que foi dado o devido suporte. Solicito autorizaçao para inclusão da nova prestadora.						
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:				
Raquel Borba		Maykon Dal'Negro		Poliana Andrade		Kelly Oliveira
Diretoria Clínica - Odonto Life		Supervisor Relacionamento		Gestora Gestão de Rede		Gestão de Rede