


| INCLUSÃO DE PRESTADOR | | | | | | | |
|---|----------------|---|-------------------------------------|--|------------|------------|-------------------------------------|
| NOME DA CLINICA: | | DENTISTAS DIA E NOITE LTDA | | | | | |
| CNPJ: | 12627437000139 | NOME RESP. T. | CAMILA FERREIRA MATTOS | | CRO: | 40659 | |
| CIDADE: | RIO DE JANEIRO | BAIRRO: | TIJUCA | | UF: | RJ | |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: | | | | | | 18/07/2014 | |
| CONSULTOR: | PABLO | | CHAMADO: | SAD176340863316 | | | |
| 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 | JUNHO | JULHO | AGOSTO | SETEMBRO | OUTUBRO | NOVEMBRO | |
| PRODUÇÃO | R\$ 573,60 | R\$ 558,30 | R\$ 347,70 | R\$ 420,00 | R\$ 313,80 | R\$ 53,40 | |
| CHECK LIST DE DOCUMENTOS | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO <input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO <input type="checkbox"/> CNES | | | | | | | |
| PRESTADORES | | | | | | | |
| CRO: | 38904 | UF: | RJ | MARINA PAPA RIBEIRO AIRES | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ÁREA DE ATUAÇÃO: ORTODONTIA | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| CLÍNICA SOLICITA INCLUSÃO DE PROFISSIONAL PARA ATENDIMENTO DE ORTODONTIA | | | | | | | |
| 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: | | | | | |
| <u>Raquel Borba</u> Diretoria Clínica - Odonto Life | | | |  <u>Adriano Ricardo</u> Gestão de Rede | | | |