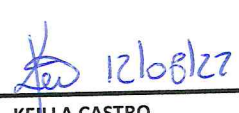


INCLUSÃO DE PRESTADOR													
NOME DA CLINICA:		(PATRICIA LAS CASAS ODONTOLOGIA)											
CNPJ:	30199671000194	NOME RESP. TEC.	PATRICIA LAS CASAS	CRO:	38166								
CIDADE:	BELO HORIZONTE	BAIRRO:	SANTO ANTONIO	UF:	MG								
CONSULTOR(A):	ANDRESSA		CHAMADO:	SAD166022774688									
QUAL REDE?	DENTAL UNI	☒ ODONTOLIFE	☐ MULTIPLICADOR: 0,30										
ATO DIFERENCIADO													
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?		☐ SIM		ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT									
		☒ NÃO		ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT									
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 3 MESES													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>MÊS</th> <th>MAIO</th> <th>JUNHO</th> <th>JULHO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRODUÇÃO</td> <td>R\$ 391,50</td> <td>R\$ 416,70</td> <td>R\$ 247,20</td> </tr> </tbody> </table>						MÊS	MAIO	JUNHO	JULHO	PRODUÇÃO	R\$ 391,50	R\$ 416,70	R\$ 247,20
MÊS	MAIO	JUNHO	JULHO										
PRODUÇÃO	R\$ 391,50	R\$ 416,70	R\$ 247,20										
CHECK LIST DE DOCUMENTOS													
☒ CÓPIA DO CRO		☒ ATIVO NO CFO		☐ CNES									
PRESTADORES													
CRO:	50807	UF:	MG	NOME:	MANUELA REGINA GOMES MACHADO ☒								
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL													
CRO:		UF:		NOME:	☐								
ÁREA DE ATUAÇÃO:													
CRO:		UF:		NOME:	☐								
ÁREA DE ATUAÇÃO:													
CRO:		UF:		NOME:	☐								
ÁREA DE ATUAÇÃO:													
CRO:		UF:		NOME:	☐								
ÁREA DE ATUAÇÃO:													
CRO:		UF:		NOME:	☐								
ÁREA DE ATUAÇÃO:													
CRO:		UF:		NOME:	☐								
ÁREA DE ATUAÇÃO:													
CRO:		UF:		NOME:	☐								
ÁREA DE ATUAÇÃO:													
CRO:		UF:		NOME:	☐								
ÁREA DE ATUAÇÃO:													
CRO:		UF:		NOME:	☐								
ÁREA DE ATUAÇÃO:													
CRO:		UF:		NOME:	☐								
ÁREA DE ATUAÇÃO:													
CRO:		UF:		NOME:	☐								
APROVAÇÃO													
Solicitação entrou via SAD													
 KEILLA CASTRO COORDENAÇÃO DENTALUNI  AGATA GOMES ADMINISTRATIVO GESTAO DE REDE 12/08/22													