

INCLUSÃO DE PRESTADOR					
NOME DA CLINICA:		AS ODONTOLOGIA ESTETICA & IMPLANTODONTIA			
CNPJ:	11012187000160	NOME RESP. TEC.	ANA SALGADO L. MASCARENHAS	CRO:	9209
CIDADE:	SALVADOR		BAIRRO:	CAMINHO DAS ARVORES	
UF:	BA		14/06/2018		
CONSULTOR(A):	ICARO NORATO		CHAMADO:	SAD166489327742	
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:	0,4
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	07/2022	08/2022	09/2022		
PRODUÇÃO	Sem guias	R\$ 953,00	Sem guias		
CHECK LIST DE DOCUMENTOS					
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO	<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO	<input type="checkbox"/> CNES			
PRESTADORES					
CRO: 24114	UF: BA	NOME: ISABELA DE OLIVEIRA SANCHES			<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO: CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA - ENDODONTIA - PERIODONTIA					
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"/>
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:	ÁREA DE ATUAÇÃO:			
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:			
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:			
RICARDO SQUILLACI GERÊNCIA					
 Agata B. do D. Gomes ADMINISTRATIVO GESTAO DE REDE 06/10/22					