

INCLUSÃO DE PRESTADOR					
NOME DA CLINICA:		RENOVE INSTITUTO ODONTOLOGICO LTDA			
CNPJ:	24102693000191	NOME RESP. TEC.	HELISSA AMANTEA FERNANDES		CRO: 4815
CIDADE:	DOURADOS	BAIRRO:	VILA PROGRESSO		UF: MS
DATA DO CREDENCIAMENTO: 09/02/2021					
CONSULTOR(A):	JULIA CARVALHO		CHAMADO:	SAD168900718611	
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE <input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:	0,50	
ATO DIFERENCIADO					
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT <input type="checkbox"/> ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT <input type="checkbox"/>			
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 3 MESES					
MÊS	MAIO/2023	JUNHO/2023	JULHO/2023		
PRODUÇÃO	R\$ 72,00	R\$ 570,00	R\$ 174,50		
CHECK LIST DE DOCUMENTOS					
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO	<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO	<input type="checkbox"/> CNES			
PRESTADORES					
CRO: 08157	UF: MS	LAIS DE MATOS FERNANDES <input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICA 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"/>			
INFORMAÇÕES					
APROVAÇÃO					
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUIDO?					
NOME: CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:				
NOME: CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:				
NOME: CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:				
RAQUEL BORBA DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE		POLIANA ANDRADE ADMINISTRATIVO CREDENCIAMENTO		AGATA GOMES SUPERVISÃO GESTAO DE REDE 11/07/2023	