

INCLUSÃO DE PRESTADOR															
NOME DA CLINICA:	NAVA ODONTOLOGIA LTDA														
CNPJ:	27449497000186	NOME RESP. TEC.	GLAUCIO DE LIMA NAVA		CRO: 8795										
CIDADE:	BRASILIA		BAIRRO:	CEILANDIA SUL											
UF:	DF														
DATA DO CREDENCIAMENTO:		07/07/2022													
CONSULTOR(A):	THIAGO FRANCO			CHAMADO:	SAD167363474059										
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> DONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:	0,35										
ATO DIFERENCIADO															
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?	<input checked="" type="checkbox"/>	SIM	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT		0,40										
	<input type="checkbox"/>	NÃO	ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT		0,46										
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 3 MESES															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>MÊS</td> <td>out/22</td> <td>nov/22</td> <td>dez/22</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PRODUÇÃO</td> <td>R\$ 1.332,58</td> <td>R\$ 1.543,50</td> <td>R\$ 179,20</td> <td></td> </tr> </table>						MÊS	out/22	nov/22	dez/22		PRODUÇÃO	R\$ 1.332,58	R\$ 1.543,50	R\$ 179,20	
MÊS	out/22	nov/22	dez/22												
PRODUÇÃO	R\$ 1.332,58	R\$ 1.543,50	R\$ 179,20												
CHECK LIST DE DOCUMENTOS															
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO		<input checked="" type="checkbox"/>	ATIVO NO CFO	<input type="checkbox"/>	CNES										
PRESTADORES															
CRO: 14716	UF: MG	NOME: BEATRIZ VITORIANO LUCAS	<input type="checkbox"/>												
ÁREA DE ATUAÇÃO: Clinico Geral															
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:													