

INCLUSÃO DE PRESTADOR					
NOME DA CLINICA:		MP ODONTO			
CNPJ:	30641718000128	NOME RESP. TEC.	PATRICIA FEITOSA DE OLIVEIRA CRO: 122713		
CIDADE:	SANTO ANDRE	BAIRRO:	CENTRO		UF: SP
CONSULTOR(A):	Kelly		CHAMADO:	SAD166126370452	
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR: 0,40	
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		06/06	SEM GUIAS	08/08	
PRODUÇÃO		06 - 379,20		15 - 766,40	
CHECK LIST DE DOCUMENTOS					
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO		<input checked="" type="checkbox"/>	ATIVO NO CFO	<input type="checkbox"/> CNES	
PRESTADORES					
CRO:	137635	UF:	SP	RAYANE SANTOS PINTO <input checked="" type="checkbox"/>	
ÁREA DE ATUAÇÃO: Cirurgia					
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					
CADASTRO:					
SENHA GERADA:					