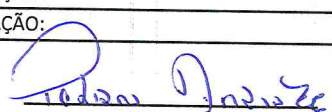


INCLUSÃO DE PRESTADOR																	
NOME DA CLINICA:		D. S. DE CARVALHO ODONTOLOGIA															
CNPJ:	33727119000110		NOME RESP. TEC.		DANIELE SILVA DE CARVALHO			CRO:	46464								
CIDADE:	ITATIAIA		BAIRRO:		CENTRO			UF:	RJ								
DATA DO CREDENCIAMENTO:		27/09/2019															
CONSULTOR(A):		AUGUSTO FERREIRA			CHAMADO:		SAD169082525478										
QUAL REDE?		DENTAL UNI		<input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE		<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR: 0,5									
ATO DIFERENCIADO																	
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?		<input type="checkbox"/> SIM		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT		-									
						ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT		-									
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 3 MESES																	
<table><tr><td>MÊS</td><td>MAIO</td><td>JUNHO</td><td>JULHO</td></tr><tr><td>PRODUÇÃO</td><td>R\$ 729,00</td><td>R\$ 1.559,50</td><td>R\$ 2.069,00</td></tr></table>										MÊS	MAIO	JUNHO	JULHO	PRODUÇÃO	R\$ 729,00	R\$ 1.559,50	R\$ 2.069,00
MÊS	MAIO	JUNHO	JULHO														
PRODUÇÃO	R\$ 729,00	R\$ 1.559,50	R\$ 2.069,00														
CHECK LIST DE DOCUMENTOS																	
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO		<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO		<input type="checkbox"/> CNES													
PRESTADORES																	
CRO:	51484	UF:	RJ	LUCAS HENRIQUE SILVA SANTOS			<input checked="" type="checkbox"/>										
ÁREA DE ATUAÇÃO:		CLINICO GERAL E CIRURGIA															
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"/>													
ÁREA DE ATUAÇÃO:																	
CRO:		UF:		<input type="checkbox"/>													
ÁREA DE ATUAÇÃO:																	
INFORMAÇÕES																	
APROVAÇÃO																	
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:		<input type="checkbox"/> SIM		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		<input checked="" type="checkbox"/>											
QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUIDO?																	
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:															
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:															
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:															
<div><div>RAQUEL BORBA DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE</div><div> POLIANA ANDRADE ANALISTA JR CREDEN/COOP</div><div><div>AGATA GOMES COORDENAÇÃO GESTAO DE REDE</div></div></div>																	