

INCLUSÃO DE PRESTADOR

CLARIDENT ODONTOLOGIA LTDA

NOME DA CLINICA:					
------------------	--	--	--	--	--

CNPJ:	50703153000173	NOME RESP. T.	JESSICA MAYARA SAUCEDO DOS SANTOS	CRO:	6647
-------	----------------	---------------	-----------------------------------	------	------

CIDADE:	CAMPO GRANDE	BAIRRO:	NUCLEO HABITACIONAL UNIVERSITARIAS	UF:	MS
---------	--------------	---------	------------------------------------	-----	----

DATA DO CREDENCIAMENTO:					26/10/2023
-------------------------	--	--	--	--	------------

CONSULTOR:	PABLO	CHAMADO:	SAD176219931846		
------------	-------	----------	-----------------	--	--

QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR: 0,3
------------	------------	--------------------------	------------	-------------------------------------	--------------------

ATO DIFERENCIADO

POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?	<input type="checkbox"/> SIM	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT	
	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT	

PRODUÇÃO ÚLTIMOS 6 MESES

MÊS	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	
PRODUÇÃO	R\$ 500,70	R\$ 441,60	R\$ 288,00	R\$ 374,40	R\$ 180,30	R\$ -

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

CÓPIA DO CRO ATIVO NO CFO CNES

PRESTADORES

CRO: 8957	UF: MS	MARIANA AMARILHA MACHADO	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--------	--------------------------	-------------------------------------

ÁREA DE ATUAÇÃO: CLÍNICO GERAL			
--------------------------------	--	--	--

CRO: 8643	UF: MS	GIOVANA SERAFIN DE OLIVEIRA	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--------	-----------------------------	-------------------------------------

ÁREA DE ATUAÇÃO: CLÍNICO 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:			
------------------	--	--	--

INFORMAÇÕES

CLÍNICA SOLICITA INCLUSÃO DE DOIS NOVOS PROFISSIONAIS PARA ATENDIMENTO CLÍNICO GERAL

APROVAÇÃO

SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:	<input type="checkbox"/> SIM
----------------------------	------------------------------

 NÃO

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



Adriano Ricardo
Gestão de Rede