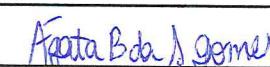


<b>INCLUSÃO DE PRESTADOR</b>													
NOME DA CLINICA:		CLINICA ODONTOLOGICA MARCANTE - EIRELI											
CNPJ:	14610223000185	NOME RESP. TEC.	ALTAIR MARCANTE JUNIOR		CRO: 21177								
CIDADE:	PATO BRANCO	BAIRRO:	CENTRO		UF: PR								
DATA DO CREDENCIAMENTO:		10/06/2022											
CONSULTOR(A):	ICARO NORATO		CHAMADO:	SAD166575058883									
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:	0,45								
<b>ATO DIFERENCIADO</b>													
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?	<input type="checkbox"/>	SIM	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT		0,45								
	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO	ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT		0,66								
<b>PRODUÇÃO ÚLTIMOS 3 MESES</b>													
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>MÊS</td> <td>7/22</td> <td>8/22</td> <td>9/22</td> </tr> <tr> <td>PRODUÇÃO</td> <td>Sem guias</td> <td>Sem guias</td> <td>Sem guias</td> </tr> </table>						MÊS	7/22	8/22	9/22	PRODUÇÃO	Sem guias	Sem guias	Sem guias
MÊS	7/22	8/22	9/22										
PRODUÇÃO	Sem guias	Sem guias	Sem guias										
<b>CHECK LIST DE DOCUMENTOS</b>													
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO		<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO		<input type="checkbox"/> CNES									
<b>PRESTADORES</b>													
CRO: 34255	UF: PR	NOME: HELAMA HENRIQUE VIVAN			<input type="checkbox"/>								
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLÍNICO 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"/>								
ÁREA DE ATUAÇÃO:													
CRO:	UF:	NOME:			<input type="checkbox"/>								
ÁREA DE ATUAÇÃO:													
<b>APROVAÇÃO</b>													
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO											
QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUIDO?													
NOME:	CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:											
NOME:	CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:											
NOME:	CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:											
RICARDO SQUILLACI GERÊNCIA													
 AGATA GOMES ADMINISTRATIVO GESTAO DE REDE 18/10/22													