

INCLUSÃO DE PRESTADOR							
<b>NOME DA CLÍNICA:</b>		<b>CLÍNICA ESPECIALIDADES MÉDICAS</b>					
<b>CNPJ:</b>	41503482000180		<b>NOME RESP. TEC.</b>	HUGO LIMA DE ALBUQUERQUE	<b>CRO:</b>	11140	
<b>CIDADE:</b>	RECIFE		<b>BAIRRO:</b>	ILHA DO LEITE		<b>UF:</b>	SP
<b>DATA DO CREDENCIAMENTO:</b>				11/07/2022			
<b>CONSULTOR(A):</b>		ICARO NORATO		<b>CHAMADO:</b>	SAD166722722666		
<b>QUAL REDE?</b>	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>MULTIPLICADOR:</b>		0,35	
ATO DIFERENCIADO							
<b>POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?</b>		<input type="checkbox"/> SIM		ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT			
		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT			
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 3 MESES							
<b>MÊS</b>		08/2022		09/2022		10/2022	
<b>PRODUÇÃO</b>		Sem guias		Sem guias		Sem guias	
CHECK LIST DE DOCUMENTOS							
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO		<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO		<input type="checkbox"/> CNES			
PRESTADORES							
<b>CRO:</b>	5876	<b>UF:</b>	PE	<b>NOME:</b>	LUCIANA BADARO CRUZ	<input type="checkbox"/>	
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b> CLÍNICA GERAL - DENTÍSTICA - PERIODONTIA							
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>		<b>NOME:</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>							
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>		<b>NOME:</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>							
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>		<b>NOME:</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>							
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>		<b>NOME:</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>							
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>		<b>NOME:</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>							
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>		<b>NOME:</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>							
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>		<b>NOME:</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>							
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>		<b>NOME:</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>							
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>		<b>NOME:</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>							
<b>APROVAÇÃO</b> <input checked="" type="checkbox"/>							
<b>SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:</b>		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
<b>QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUÍDO?</b>							
<b>NOME:</b>		<b>CRO:</b>		<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>			
<b>NOME:</b>		<b>CRO:</b>		<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>			
<b>NOME:</b>		<b>CRO:</b>		<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>			
<div style="float: left; width: 30%;">RICARDO SQUILLACI GERÊNCIA</div> <div style="float: right; width: 70%; text-align: center;">   AGATA GOMES  ADMINISTRATIVO GESTAO DE REDE  31/10/22 </div>							