

<b>INCLUSÃO DE PRESTADOR</b>					
NOME DA CLINICA:		<b>ORAL CENTER</b>			
CNPJ:	6895011000163		NOME RESP. TEC.	SILVANA NACUR MARX BOHLER	
CIDADE:	SETE LAGOAS		BAIRRO:	CENTRO	
DATA DO CREDENCIAMENTO:		21/06/2016			
CONSULTOR(A):	THIAGO FRANCO			CHAMADO: SAD167042105776	
QUAL REDE?	DENTAL UNI		<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR: 0,60
<b>ATO DIFERENCIADO</b>					
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?	<input type="checkbox"/>	SIM	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT		
	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO	ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT		
<b>PRODUÇÃO ÚLTIMOS 3 MESES</b>					
		MÊS	out/22	nov/22	dez/22
		PRODUÇÃO	R\$ 8.616,60	R\$ 7.663,20	R\$ 7.695,00
<b>CHECK LIST DE DOCUMENTOS</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO		<input type="checkbox"/> ATIVO NO CFO		<input type="checkbox"/> CNES	
<b>PRESTADORES</b>					
CRO:	5539	UF:	MG	NOME:	Joana Costa Campolina
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL					
CRO:	UF:	NOME:			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	NOME:			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	NOME:			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	NOME:			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	NOME:			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	NOME:			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	NOME:			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	NOME:			
<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		 <b>AGATA GOMES</b> ADMINISTRATIVO GESTAO DE REDE 27/12/22			