

INCLUSÃO DE PRESTADOR

| | | | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|------|-------|
| NOME DA CLINICA: | | FERNANDA FERNANDES DE SOUZA BASTOS | | | |
| CNPJ: | 37458868000140 | NOME RESP. T. | FERNANDA FERNANDES DE SOUZA BASTOS | CRO: | 19949 |
| CIDADE: | PALHOCA | BAIRRO: | PAGANI | UF: | SC |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: | | 17/01/2022 | | | |
| CONSULTOR: | JANAINA AP. FRONZA | CHAMADO: | 40641420240702000082 | | |
| QUAL REDE? | DENTAL UNI <input type="checkbox"/> | ODONTOLIFE <input checked="" type="checkbox"/> | MULTIPLICADOR: | 0,45 | |

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 | - | - | - | - | - | - |
| PRODUÇÃO | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO | <input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO | <input type="checkbox"/> CNES |
|--|--|-------------------------------|

PRESTADORES

| | | | |
|--------------------------------|--------|------------------------------|--------------------------|
| CRO: 23267 | UF: SC | ANTONIO PEDRO REIS TOLENTINO | <input 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: | | | |
| CRO: | UF: | | <input type="checkbox"/> |
| ÁREA DE ATUAÇÃO: | | | |
| CRO: | UF: | | <input type="checkbox"/> |
| ÁREA DE ATUAÇÃO: | | | |

INFORMAÇÕES

Seg a sexta 9h às 20h
Sab 9h às 12h / 48 98832-8626 / a.pedro.rt@gmail.com

APROVAÇÃO

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

QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUÍDO?

| | | |
|-------|------|------------------|
| NOME: | CRO: | ÁREA DE ATUAÇÃO: |
| NOME: | CRO: | ÁREA DE ATUAÇÃO: |
| NOME: | CRO: | ÁREA DE ATUAÇÃO: |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <i>Raquel Borba</i> Diretoria Clínica - Odonto Life | <i>Maykon Dal'Negro</i> Supervisor Relacionamento | <i>Poliana Andrade</i> Gestora Gestão de Rede | <i>Kelly Oliveira</i> Gestão de Rede |
|--|--|--|---|