

INCLUSÃO DE PRESTADOR										
NOME DA CLÍNICA:		ODONTOMED								
CNPJ:	46.651.712/0001-71			NOME RESP. T.	MARCELO HIROSHI HARADA		CRO:	5529		
CIDADE:	CAMPO GRANDE			BAIRRO:	VILA BANDEIRANTE		UF:	MS		
DATA DO CREDENCIAMENTO:		21/03/2024								
CONSULTOR:	MARCOS POLANSKI				CHAMADO:	SAD17115427292				
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	OUT/2023	NOV/2023		DEZ/2023	JAN/2024	FEV/2024	MAR/2024			
PRODUÇÃO	NÃO TEM	NÃO TEM		NÃO TEM	NÃO TEM	NÃO TEM	NÃO TEM			
CHECK LIST DE DOCUMENTOS										
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO			<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO			<input type="checkbox"/> CNES				
PRESTADORES										
CRO:	8388	UF:	MS	PALLOMA FALCAO NOGUEIRA SANCHES BAPTISTA						<input checked="" type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLÍNICO GERAL										
CRO:	8501	UF:	MS	DEBORA ALVES PEREIRA AGUIRRE						<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:										
CRO:		UF:								<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:										
INFORMAÇÕES										
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:								
Raquel Borba		Maykon Dal'Negro		Poliana Andrade		Kelly Oliveira				
Diretoria Clínica - Odonto Life		Relacionamento		Gestora Gestão de Rede		Gestão de Rede				