

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 SUBSTITUIDO?						
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