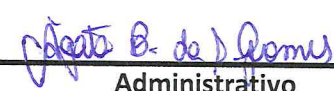



INCLUSÃO DE PRESTADOR					
NOME DA CLINICA:		LOPES ODONTOLOGIA			
CNPJ:	34671405000254				
CIDADE:	BELO HORIZONTE	BAIRRO:	PADRE EUSTAQUIO	UF:	MG
CONSULTOR(A):	Danielly de Lima		CHAMADO:	SAD163129607771	
QUAL REDE?	DENTAL UNI <input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE <input checked="" type="checkbox"/>	QUANTIDADE DE MEMBROS: 2		
CHECK LIST DE DOCUMENTOS					
<input checked="" type="checkbox"/>	CÓPIA DO CRO	<input checked="" type="checkbox"/>	ATIVO NO CFO	<input type="checkbox"/>	CNES
AREAS DE ATUAÇÃO DA CLÍNICA					
<input type="checkbox"/>	Cirurgia	<input type="checkbox"/>	Prótese Dentária		
<input checked="" type="checkbox"/>	Dentística	<input checked="" type="checkbox"/>	Periodontia		
<input checked="" type="checkbox"/>	Endodontia	<input checked="" type="checkbox"/>	Clínica Geral		
<input checked="" type="checkbox"/>	Odontopediatria	<input checked="" type="checkbox"/>	Odontogeriatrics		
<input type="checkbox"/>	Ortodontia	<input type="checkbox"/>	Implantodontia		
PRESTADORES					
CRO: 26634	UF: MG	NOME:	ANGELO JOSE DA SILVA BERALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	
ÁREA DE ATUAÇÃO: ESPECIALISTA EM ENDODONTIA					
CRO:	UF:	NOME:	<input type="checkbox"/>		
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	NOME:	<input type="checkbox"/>		
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	NOME:	<input type="checkbox"/>		
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	NOME:	<input type="checkbox"/>		
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
MULTIPLICADOR					
MULTIPLICADOR BASE: 0,35					
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?				<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
ESPECIFICAR QUAIS (procedimento/moeda):					
APROVAÇÃO DE INCLUSÃO					
CADASTRO:					
SENHA GERADA:			 Administrativo Ágata Beatriz da Silva Gomes		
_____ CONSULTOR(A)		_____ CADASTRO		 Supervisor Keilla Castro Caldas	