

INCLUSÃO DE PRESTADOR									
NOME DA CLÍNICA:		CLINICAL DENTE ODONTOLOGIA E RADIOLOGIA LTDA							
CNPJ:	6964178000139	NOME RESP. T.		ALESSANDRA KELLE ROMANHOLO			CRO:	9725	
CIDADE:	MARINGÁ	BAIRRO:	ZONA 07			UF:	PR		
DATA DO CREDENCIAMENTO:								14/10/2019	
CONSULTOR:	PABLO			CHAMADO:	SAD176047536120				
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:				0,35	
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	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO			
PRODUÇÃO	R\$ 5.247,20	R\$ 2.221,10	R\$ 4.009,25	R\$ 2.615,20	R\$ 8.056,65	R\$ 5.952,80			
CHECK LIST DE DOCUMENTOS									
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO <input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO <input type="checkbox"/> CNES									
PRESTADORES									
CRO:	38201	UF:	PR	LETICIA VICENTE WILLE			<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:									
CRO:		UF:					<input type="checkbox"/>		
ÁREA DE ATUAÇÃO:									
INFORMAÇÕES									
CLÍNICA SOLICITA INCLUSÃO DE PRESTADOR PARA ATENDIMENTO EM CLÍNICO GERAL									
APROVAÇÃO									
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" 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 Diretoria Clínica - Odonto Life					_____ Adriano Ricardo Gestão de Rede				