

INCLUSÃO DE PRESTADOR						
NOME DA CLINICA:		SEU SORRISO				
CNPJ:	8668177000172	NOME RESP. T.	GUILHERME TREVISAN NETO		CRO:	106475
CIDADE:	SÃO PAULO	BAIRRO:	SÃO MATEUS		UF:	SP
DATA DO CREDENCIAMENTO:						05/03/2018
CONSULTOR:	PABLO		CHAMADO:	SAD17430232863		
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/> ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:	0,31	
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: 134364	UF: SP	THABATA MARA MARTINS LEAL GOMES				<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 ATEDIMENTO COMO CLÍNICO GERAL.						
APROVAÇÃO						
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUIDO?						
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:				
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:				
NOME:	CRO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:				
<b>Raquel Borba</b> Diretoria Clínica - Odonto Life		<b>Maykon Dal'Negro</b> Supervisor Relacionamento		<b>Adriano Ricardo</b> Gestão de Rede		<b>Kelly Oliveira</b> Gestão de Rede