

INCLUSÃO DE PRESTADOR						
B3 SERVICOS ODONTOLOGICOS						
NOME DA CLINICA:		CNPJ: 40641420250409000181'		NOME RESP. T. BEATRIZ MARTINS DA SILVA		CRO: 34608 - PR
CIDADE: GUARAPUAVA		BAIRRO: SANTANA		UF: PR		23/09/2024
DATA DO CREDENCIAMENTO:						
CONSULTOR:	PABLO		CHAMADO:	SAD174462975898		
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	NOVEMBRO/2025	DEZEMBRO/2025	JANEIRO/2025	FEVEREIRO/2025	MARÇO/2025	ABRIL/2025
PRODUÇÃO	R\$ 565,80	R\$ 1.359,90	R\$ 618,90	R\$ 1.457,70	R\$ 837,00	R\$ 1.159,50
CHECK LIST DE DOCUMENTOS						
<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO		<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO		<input type="checkbox"/> CNES		
PRESTADORES						
CRO: 34475	UF: PR	LEONARDO KOHLER MORESCHI				<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						
CLÍNICA SOLICITOU INCLUSÃO DE PRESTADOR, ATUARÁ APENAS COMO CLÍNICO GERAL.						
APROVAÇÃO						
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR: <input type="checkbox"/> SIM						
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO						
QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUIDO?						
NOME:	CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:				
NOME:	CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:				
NOME:	CRO:	AREA DE ATUAÇÃO:				
<hr/> <hr/> <hr/>						
<i>Raquel Borba</i> Diretoria Clínica - Odonto Life	<i>Maykon Dal'Negro</i> Supervisor Relacionamento	<i>Adriano Ricardo</i> Gestão de Rede	<i>Kelly Oliveira</i> Gestão de Rede			