

INCLUSÃO DE PRESTADOR

NOME DA CLINICA: **ODONTO MOUTINHO SERVICOS ODONTOLOGICOS LTDA**

CNPJ: **14092419000125**

CIDADE: **RIO DE JANEIRO** BAIRRO: **MEIER** UF: **RJ**

CONSULTOR(A): **Danielly de Lima** CHAMADO: **SAD162610206563**

QUAL REDE? **DENTAL UNI** **ODONTOLIFE** QUANTIDADE DE MEMBROS: 4

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

CÓPIA DO CRO ATIVO NO CFO CNES

AREAS DE ATUAÇÃO DA CLÍNICA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirurgia | <input type="checkbox"/> Prótese Dentária |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dentistica | <input type="checkbox"/> Periodontia |
| <input type="checkbox"/> Endodontia | <input checked="" type="checkbox"/> Clínica Geral |
| <input checked="" type="checkbox"/> Odontopediatria | <input type="checkbox"/> Odontogeriatría |
| <input type="checkbox"/> Ortodontia | |

PRESTADORES

46347 UF: **RJ** NOME: **MARIANA MARTINS SEJAS**

ÁREA DE ATUAÇÃO: **Clínico geral**

NOME:

ÁREA DE ATUAÇÃO:

CRO: 131239 UF: **SP** NOME:

ÁREA DE ATUAÇÃO:

CRO: **UF:** **NOME:**

MULTIPLICADOR

MULTIPLICADOR BASE: **0,40**

POSSUI ATOS DIFERENCIADOS? sim não

ESPECIFICAR QUAIS (procedimento/moeda):

APROVAÇÃO DE INCLUSÃO

CADASTRO:

SENHA GERADA:

Administrativo

Ágata Beatriz da Silva Gomes

CONSULTOR(A)

CADASTRO

Supervisor

Keilla Castro Caldas

