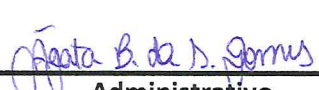


| INCLUSÃO DE PRESTADOR                            |                |                                                  |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
|--------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|----|
| NOME DA CLINICA:                                 |                | MP CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA                 |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
| CNPJ:                                            | 37890865000180 |                                                  |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
| CIDADE:                                          | PALHOCA        |                                                  |                   | BAIRRO:                                        | CENTRO   |                                                                                                                                         |                 | UF:                                 | SC |
| CONSULTOR(A):                                    |                | Danielly de Lima                                 |                   |                                                | CHAMADO: |                                                                                                                                         | SAD164372422562 |                                     |    |
| QUAL REDE?                                       |                | DENTAL UNI <input type="checkbox"/>              |                   | ODONTOLIFE <input checked="" type="checkbox"/> |          | MULT: 0,50                                                                                                                              |                 | Quant. Prest: 6                     |    |
| CHECK LIST DE DOCUMENTOS                         |                |                                                  |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
| <input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO |                | <input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO |                   | <input type="checkbox"/> CNES                  |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
| PRESTADORES                                      |                |                                                  |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
| CRO: 20538                                       |                | UF: SC                                           |                   | NOME: FLAVIA MEZARI GOMES                      |          |                                                                                                                                         |                 | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| ÁREA DE ATUAÇÃO:                                 |                | Clínica geral                                    |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
| Telefone: (48) 99118-7481                        |                |                                                  |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
| CRO:                                             |                | UF:                                              |                   | NOME:                                          |          |                                                                                                                                         |                 | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| ÁREA DE ATUAÇÃO:                                 |                |                                                  |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
| Telefone:                                        |                |                                                  |                   |                                                |          | E-mail:                                                                                                                                 |                 |                                     |    |
| CRO:                                             |                | UF:                                              |                   | NOME:                                          |          |                                                                                                                                         |                 | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| ÁREA DE ATUAÇÃO:                                 |                |                                                  |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
| Telefone:                                        |                |                                                  |                   |                                                |          | E-mail:                                                                                                                                 |                 |                                     |    |
| CRO:                                             |                | UF:                                              |                   | NOME:                                          |          |                                                                                                                                         |                 | <input checked="" type="checkbox"/> |    |
| ÁREA DE ATUAÇÃO:                                 |                |                                                  |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
| Telefone:                                        |                |                                                  |                   |                                                |          | E-mail:                                                                                                                                 |                 |                                     |    |
| AUTORIZAÇÃO ESPECIAL                             |                |                                                  |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
|                                                  |                |                                                  |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
| APROVAÇÃO                                        |                |                                                  |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
| CADASTRO:                                        |                |                                                  |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
| SENHA GERADA:                                    |                |                                                  |                   |                                                |          |                                                                                                                                         |                 |                                     |    |
|                                                  |                |                                                  |                   |                                                |          | <br>Administrativo<br>Ágata Beatriz da Silva Gomes |                 |                                     |    |
| _____<br>CONSULTOR(A)                            |                |                                                  | _____<br>CADASTRO |                                                |          | _____<br>Coordenação<br>Keilla Castro Caldas                                                                                            |                 |                                     |    |