

INCLUSÃO DE PRESTADOR

NOME DA CLINICA:	ODONTO PROTESE LTDA				
CNPJ:	43.439.716/0001-00				
CIDADE:	BRASÍLIA	BAIRRO:	CEILÂNDIA NORTE	UF:	DF
CONSULTOR(A):	POLIANA ANDRADE		CHAMADO:	SAD163827075091	
QUAL REDE?	DENTAL UNI <input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE <input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR: 0.35		

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

<input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO	<input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO	<input type="checkbox"/> CNES
--	--	-------------------------------

PRESTADORES

CRO: 11704	UF: DF	NOME:	THIAGO SOARES DE JESUS	<input checked="" type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:	CLÍNICO GERAL, DENTÍSTICA E PRÓTESE			
Telefone: 61-98265-6430	E-mail:			
CRO:	UF:	NOME:		<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:				
Telefone:	E-mail:			
CRO:	UF:	NOME:		<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:				
Telefone:	E-mail:			
CRO:	UF:	NOME:		<input type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO:				
Telefone:	E-mail:			

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL**APROVAÇÃO**

CADASTRO:

SENHA GERADA:

Administrativo

Ágata Beatriz da Silva Gomes

CONSULTOR(A)

CADASTRO

Coordenação

Keilla Castro Caldas