

INCLUSÃO DE PRESTADOR

NOME DA CLINICA:

CNPJ:

CIDADE: **BAIRRO:** **UF:**

CONSULTOR(A): **CHAMADO:**

QUAL REDE? **DENTAL UNI** **ODONTOLIFE** **MULTIPLICADOR: 0,55**

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

CÓPIA DO CRO **ATIVO NO CFO** **CNES**

PRESTADORES

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

ÁREA DE ATUAÇÃO:

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL

APROVAÇÃO

CADASTRO:

SENHA GERADA:

CONSULTOR(A)

CADASTRO

Supervisor

EDNEY MATIAS