

INCLUSÃO DE PRESTADOR

NOME DA CLINICA: C.I.S.O - ODONTOLOGIA INTEGRADA

CNPJ: 10.352.039/0001-21

CIDADE: ARAPONGAS BAIRRO: CENTRO UF: PR

CONSULTOR(A): LUANA HEY CHAMADO: SAD160814755964

QUAL REDE? DENTAL UNI ODONTOLIFE MULTIPLICADOR:

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

CÓPIA DO CRO ATIVO NO CFO CNES

PRESTADORES

CRO: 30615	UF: PR	NOME: LYARA COIS DE OLIVEIRA MENDONCA	<input checked="" type="checkbox"/>
------------	--------	---------------------------------------	-------------------------------------

ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL

CRO:	UF:	NOME:	<input checked="" type="checkbox"/>
------	-----	-------	-------------------------------------

ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL

CRO:	UF:	NOME:	<input checked="" type="checkbox"/>
------	-----	-------	-------------------------------------

ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL

CRO:	UF:	NOME:	<input checked="" type="checkbox"/>
------	-----	-------	-------------------------------------

ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL

CRO:	UF:	NOME:	<input checked="" type="checkbox"/>
------	-----	-------	-------------------------------------

ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL

CRO:	UF:	NOME:	<input checked="" type="checkbox"/>
------	-----	-------	-------------------------------------

ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL

CRO:	UF:	NOME:	<input checked="" type="checkbox"/>
------	-----	-------	-------------------------------------

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL

APROVAÇÃO

CADASTRO:

SENHA GERADA:

CONSULTOR(A)

CADASTRO

Supervisor

EDNEY MATIAS