

**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 <input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE <input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR:		

**CHECK LIST DE DOCUMENTOS**

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

**AUTORIZAÇÃO ESPECIAL****APROVAÇÃO**

CADASTRO:  
SENHA GERADA:

---

CONSULTOR(A)

---

CADASTRO

---

Supervisor  
EDNEY MATIAS