

| INCLUSÃO DE PRESTADOR                            |  |                                             |  |                              |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
|--------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|------------------------------|------------|---------------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|-----------------|
| NOME DA CLINICA:                                 |  | CLINICA DRA DANIELE DE CARVALHO ODONTOLOGIA |  |                              |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
| CNPJ:                                            |  | 33727119000110                              |  |                              |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
| CIDADE:                                          |  | ITATIAIA                                    |  |                              | BAIRRO:    |                     | CENTRO                              |            | UF:                                 | RJ              |
| CONSULTOR(A):                                    |  | Danielly de Lima                            |  |                              |            |                     | CHAMADO:                            |            | SAD163604099832                     |                 |
| QUAL REDE?                                       |  | DENTAL UNI                                  |  | <input type="checkbox"/>     | ODONTOLIFE |                     | <input checked="" type="checkbox"/> | MULT: 0,50 |                                     | Quant. Prest: 4 |
| CHECK LIST DE DOCUMENTOS                         |  |                                             |  |                              |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO |  | <input checked="" type="checkbox"/>         |  | ATIVO NO CFO                 |            |                     | <input type="checkbox"/>            |            | CNES                                |                 |
| PRESTADORES                                      |  |                                             |  |                              |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
| CRO: 41872                                       |  | UF: RJ                                      |  | NOME:                        |            | VANESSA DAMIAN LIMA |                                     |            | <input checked="" type="checkbox"/> |                 |
| ÁREA DE ATUAÇÃO:                                 |  |                                             |  |                              |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
| Telefone: 3352-4730 /9 8164-0192                 |  |                                             |  |                              | E-mail:    |                     |                                     |            |                                     |                 |
| CRO:                                             |  | UF:                                         |  | NOME:                        |            |                     |                                     |            | <input checked="" 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:    |                     |                                     |            |                                     |                 |
| CRO:                                             |  | UF:                                         |  | NOME:                        |            |                     |                                     |            | <input type="checkbox"/>            |                 |
| ÁREA DE ATUAÇÃO:                                 |  |                                             |  |                              |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
| Telefone:                                        |  |                                             |  |                              | E-mail:    |                     |                                     |            |                                     |                 |
| AUTORIZAÇÃO ESPECIAL                             |  |                                             |  |                              |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
|                                                  |  |                                             |  |                              |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
| APROVAÇÃO                                        |  |                                             |  |                              |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
| CADASTRO:                                        |  |                                             |  |                              |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
| SENHA GERADA:                                    |  |                                             |  |                              |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
|                                                  |  |                                             |  | Administrativo               |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
|                                                  |  |                                             |  | Ágata Beatriz da Silva Gomes |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
|                                                  |  |                                             |  | OK                           |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
| CONSULTOR(A)                                     |  | CADASTRO                                    |  | Coordenação                  |            |                     |                                     |            |                                     |                 |
|                                                  |  |                                             |  | Keilla Castro Caldas         |            |                     |                                     |            |                                     |                 |