

INCLUSÃO DE PRESTADOR

NOME DA CLINICA:		COMPANHIA DO SORRISO LTDA				
CNPJ:		02045239000707				
CIDADE:	RECIFE	BAIRRO:	PINA			UF: PE
CONSULTOR(A):	EVELLYN MADUREIRA			CHAMADO:	SAE160925717718	
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR: 0,30	

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

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

PRESTADORES

CRO: 12681	UF: PE	NOME: JANAINA MENEZES LOPES PIMENTA			<input type="checkbox"/>
------------	--------	-------------------------------------	--	--	--------------------------

ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL E CIRURGIA

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

ÁREA DE ATUAÇÃO:

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

ÁREA DE ATUAÇÃO:

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

ÁREA DE ATUAÇÃO:

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

ÁREA DE ATUAÇÃO:

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

ÁREA DE ATUAÇÃO:

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

ÁREA DE ATUAÇÃO:

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

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL

APROVAÇÃO

CADASTRO:

SENHA GERADA:

CONSULTOR(A)

CADASTRO

Supervisor

EDNEY MATIAS

