

INCLUSÃO DE PRESTADOR

NOME DA CLINICA:	FORDENT				
CNPJ:	01155553000500				
CIDADE:	RIO DE JANEIRO	BAIRRO:	CENTRO		UF:
CONSULTOR(A):	LUANA HEY		CHAMADO:	SAD161046697253	
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: 23998	UF: RJ	NOME: CARMEN VERONICA GOMES	<input checked="" type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO: PERIODONTIA			
CRO: 46808	UF: RJ	NOME: DANHARA DIAS FERNANDES	<input checked="" type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL			
CRO:43632	UF: RJ	NOME: KARINY DE CASTRO GONÇALVES	<input checked="" type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL			
CRO:36895	UF: RJ	NOME: KASSIA THEREZA GUIMARAES	<input checked="" type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO: PROTESE DENTÁRIA			
CRO:43535	UF: RJ	NOME: CRISTIANY EDUARDA G. CARVALHO	<input checked="" type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL			
CRO:	UF: RJ	NOME:	<input checked="" type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICO GERAL			

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL
APROVAÇÃO
CADASTRO:
SENHA GERADA:
CONSULTOR(A)
CADASTRO
Supervisor
EDNEY MATIAS