

INCLUSÃO DE PRESTADOR

NOME DA CLINICA:	ODONTO FAMILY				
CNPJ:	39331124000195				
CIDADE:	MAUA	BAIRRO:	MATRIZ	UF:	SP
CONSULTOR(A):	Danielly de Lima		CHAMADO:	SAD164278730478	
QUAL REDE?	DENTAL UNI ☐	ODONTOLIFE ☒	MULT: 0,35	Quant. Prest: 2	

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

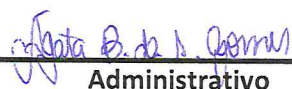
☒ CÓPIA DO CRO	☒ ATIVO NO CFO	☐ CNES
--	--	-------------------------------

PRESTADORES

CRO: 113853	UF: SP	NOME:	MAISA ALESSANDRA LEDO	☒
ÁREA DE ATUAÇÃO:	ORTODONTIA			
Telefone:			E-mail:	
CRO:	UF:	NOME:		☐
ÁREA DE ATUAÇÃO:				
Telefone:			E-mail:	
CRO:	UF:	NOME:		☐
ÁREA DE ATUAÇÃO:				
Telefone:			E-mail:	
CRO:	UF:	NOME:		☐
ÁREA DE ATUAÇÃO:				
Telefone:			E-mail:	

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL**APROVAÇÃO**

CADASTRO:
SENHA GERADA:


Administrativo

Ágata Beatriz da Silva Gomes

CONSULTOR(A)

CADASTRO

Coordenação
Keilla Castro Caldas