

| INCLUSÃO DE PRESTADOR | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|-------------------------------------|--|---|--------|-------------------------------------|--------|
| NOME DA CLINICA: | | ODONTO SJC LTDA | | | | | | | |
| CNPJ: | | 41.708.723.0001-27 | | | | | | | |
| CIDADE: | | SÃO JOSE DOS CAMPOS | | | BAIRRO: | | CENTRO | | UF: SP |
| CONSULTOR(A): | | JOEL | | | | CHAMADO: | | SAD165211392251 | |
| QUAL REDE? | | DENTAL UNI <input type="checkbox"/> | | ODONTOLIFE <input type="checkbox"/> | | MULTIPLICADOR: 0,35 | | | |
| CHECK LIST DE DOCUMENTOS | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DO CRO | | <input checked="" type="checkbox"/> ATIVO NO CFO | | | <input checked="" type="checkbox"/> CNES | | | | |
| PRESTADORES | | | | | | | | | |
| CRO: 124527 | | UF: SP | | NOME: NATHALY RESENDE SANTOS | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| ÁREA DE ATUAÇÃO: | | ENDODONTIA | | | | | | | |
| Telefone: 12981034510 | | | | E-mail: nathaly.resende@hotmail.com | | | | | |
| 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: | | | | | |
| AUTORIZAÇÃO ESPECIAL | | | | | | | | | |
| Inclusão de prestadores | | | | | | | | | |
| APROVAÇÃO | | | | | | | | | |
| CADASTRO: | | | | | | | | | |
| SENHA GERADA: | | | | | | | | | |
| | | | | | | Administrativo Ágata Beatriz da Silva Gomes | | | |
| CONSULTOR(A) | | | CADASTRO | | | Coordenação Keilla Castro Caldas | | | |

