

CREDENCIADO PF

NOME:	RAYANE POMARICO HALPHEN			CRO:	58362
CIDADE:	POÇOS DE CALDAS	BAIRRO:	CENTRO	UF:	MG
TELEFONE PARA DIVULGAÇÃO:	35-31147941/35-99187-0515		MULTIPLICADOR:	0,60	
HORARIO DE ATENDIMENTO:	Horários : seg a sexta das 09:00 as 18:30/Sab 09:00 as 12:00				
EMAIL:	rayane.pomaricohalphen@gmail.com				
CONSULTOR(A):	BIANCA SUZUKI			CHAMADO:	SAD16354418722
QUAL REDE?	DENTAL UNI ☐ ODONTOLIFE ☒				

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

- ☒ FICHA DE ADESÃO
- ☒ CRO COM DATA DE EXPEDIÇÃO
- ☒ ATIVO NO CRO (IMPRESSÃO CFO)
- ☒ INSS/PIS
- ☒ COMPROVANTE BANCARIO
- ☐ LICENÇA SANITARIA
- ☐ PROPOSTA AUTORIZADA
- ☐ GETNET
- ☐ CNES

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL

- ☒ MOEDA
- ☒ LICENÇA SANITARIA
- ☐ OUTROS

Drª. está fazendo alteração de endereço, para uma clinica nova, e está começando a tirar documentos como (ALVARAS). Comprovante de residência anexado em pasta.

APROVAÇÃO

CADASTRO:
 TREINAMENTO :
 DIVULGAÇÃO:

Bianca Suzuki

 CONSULTOR(A)

CADASTRO

28/10/12

 SUPERVISOR
 KEILLA CASTRO