

**INCLUSÃO DE PRESTADOR**

NOME DA CLINICA:	ODONTO CLINICA VON HELD LTDA				
CNPJ:	10520474000460				
CIDADE:	DUQUE DE CAXIAS	BAIRRO:	CENTRO	UF:	RJ
CONSULTOR(A):	ANGELO NETTO		CHAMADO:	SAD16069346732	
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: 45173	UF: RJ	NOME: THUANY MOREIRA CAMPOS	<input checked="" type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICA GERAL			
CRO: 45165	UF: RJ	NOME: MARCELLE SANTOS ROSA DE CARVALHO	<input checked="" type="checkbox"/>
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICA GERAL			
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:			

**AUTORIZAÇÃO ESPECIAL****APROVAÇÃO**

CADASTRO:  
SENHA GERADA:

---

CONSULTOR(A)

---

CADASTRO

---

Supervisor  
EDNEY MATIAS