

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** **ODONTOLIFE** MULTIPLICADOR: **0.30**

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

CÓPIA DO CRO ATIVO NO CFO 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:

CRO:	UF:	NOME:	<input type="checkbox"/>
------	-----	-------	--------------------------

ÁREA DE ATUAÇÃO:

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL

APROVAÇÃO

CADASTRO:

SENHA GERADA:

CONSULTOR(A)

CADASTRO

Supervisor

EDNEY MATIAS