

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO					
NOME DA CLINICA:		DENTAL SLIM			
CNPJ/CPF:	39326698000256	NOME RESP. TEC.	ELISSON CUNHA CASTRO	CRO:	6008
CIDADE:	NATAL	BAIRRO:	ALECRIM	UF:	RN
DATA DO CREDENCIAMENTO:		04/05/2021			
CONSULTOR(A):			MATHEUS VIEIRA	CHAMADO:	SAD172295564631
QUAL REDE?	<input type="checkbox"/> DENTAL UNI	<input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE	MULTPLICADOR: 0,4		
ATO DIFERENCIADO NA ÁREA					
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA?		<input type="checkbox"/> SIM	MOEDA BASE:	ATO DIFERENCIADO	
		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
MOTIVO DA REMOÇÃO DA ÁREA					
VALORES	<input type="checkbox"/>	GLOSAS	<input type="checkbox"/>	BUROCRACIA DA OPERADORA	<input type="checkbox"/>
REMOÇÃO DE PRESTADOR	<input type="checkbox"/>	FALTA DE SUPORTE	<input type="checkbox"/>		
NÃO TRABALHA COM A ÁREA	<input checked="" type="checkbox"/>	DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO	<input type="checkbox"/>	SEM PROFISSIONAL PARA ATEND	<input type="checkbox"/>
OUTRO MOTIVO:					
ORIENTAÇÃO					
ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS		<input type="checkbox"/>	DATA INICIO:	DATA FINAL:	
ESPECIALIDADE					
A ÁREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA		SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input checked="" type="checkbox"/>
ÁREA A SER REMOVIDA					
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input type="checkbox"/> ENDODONTIA <input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> DENTISTICA </div> <div> <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL <input type="checkbox"/> ORTODONTIA <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA <input checked="" type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA </div> </div> </div>					
OUTRAS ÁREAS:		ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
irá manter as demais áreas de CIRURGIA, DENTISTICA e CLINICO GERAL.					
SUBSTITUIÇÕES					
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:		<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?					
ÁREA					
ÁREA					
ÁREA					
APROVAÇÃO					
<div style="border-top: 1px dashed black; text-align: center;"> KELLY CRISTINA ADMNISTRATIVO </div>		<div style="border-top: 1px dashed black; text-align: center;"> POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE </div>		<div style="border-top: 1px dashed black; text-align: center;"> MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO </div>	