

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	MULTIPLICADOR: 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 AREA															
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 AREA <input checked="" type="checkbox"/>	DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/>		SEM PROFISSIONAL PARA ANTEND <input type="checkbox"/>												
OUTRO MOTIVO:															
ORIENTAÇÃO															
ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>	DATA INCIO:		DATA FINAL:												
ESPECIALIDADE															
A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA	<input type="checkbox"/> SIM		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO												
ÁREA A SER REMOVIDA															
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</td> <td><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ENDODONTIA</td> <td><input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA</td> <td><input type="checkbox"/> ORTODONTIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</td> <td><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DENTISTICA</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H	<input type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL	<input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA	<input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA	<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input checked="" type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA
<input type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H														
<input type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL														
<input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA														
<input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA														
<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input checked="" type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA														
OUTRAS AREAS:	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															
----- KELLY CRISTINA ADMINISTRATIVO		----- POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE		----- MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO											