

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO															
NOME DA CLINICA:		FIGUEIREDO E FORTUNATO ODONTOLOGIA LTDA													
CNPJ/CPF:	089.684.906-60	NOME RESP. TEC.	POLLYANNA GERMANO DE FIGUEIREDO FORTUNATO	CRO:	4280										
CIDADE:	CONTAGEM	BAIRRO:	NOVO RIACHO	UF:	MG										
DATA DO CREDENCIAMENTO:		09/03/2021													
CONSULTOR(A):		MATHEUS VIEIRA	CHAMADO:	SAD1713444370											
QUAL REDE?	<input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE	MULTIPLICADOR:		0,45											
ATO DIFERENCIADO NA ÁREA															
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA?		<input type="checkbox"/> SIM	MOEDA:	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT											
		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT											
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"/>										
OBSERVAÇÃO:		Da RT já foi retirado áreas ela deseja retirar do prestador as áreas abaixo.													
ORIENTAÇÃO															
ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS	<input type="checkbox"/>	DATA INICIO:		DATA FINAL:											
ESPECIALIDADE															
A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA		SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input checked="" type="checkbox"/>										
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 checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA</td> <td><input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL</td> </tr> <tr> <td><input 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"/> ODONTOPIEDIATRIA</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H	<input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL	<input type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA	<input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA	<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input checked="" type="checkbox"/> ODONTOPIEDIATRIA
<input type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H														
<input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL														
<input type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA														
<input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA														
<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input checked="" type="checkbox"/> ODONTOPIEDIATRIA														
INFORMAÇÕES															
Por favor retirar áreas acima do prestador GABRIEL DE SOUSA MARCAL CRO 54505.															
SUBSTITUIÇÕES															
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO												
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?															
ÁREA															
ÁREA															
ÁREA															
APROVAÇÃO															
----- RAQUEL BORBA DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE		----- POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE		----- MAYRON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO											