

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO					
NOME DA CLINICA:		ODONTO DENTE			
CNPJ/CPF:	50935657000119	NOME RESP. TEC.	AMANDA APARECIDA ALVES DE SOUZA	CRO:	12785
CIDADE:	BRASILIA	BAIRRO:	SAMAMBAIA SUL	UF:	DF
DATA DO CREDENCIAMENTO:		24/08/2023			
CONSULTOR(A):		KETLIN CANDIDO	CHAMADO:	SAD173253314289	
QUAL REDE? <input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE			MULTIPLICADOR: 0,3		
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 ANTENDER <input type="checkbox"/>					
OUTRO MOTIVO:		No momento estamos sem o profissional para atender esse procedimentos			
ORIENTAÇÃO					
ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>		DATA INCIO:		DATA FINAL:	
ESPECIALIDADE					
A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA		SIM <input type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>	
ÁREA A SER REMOVIDA					
<div><div><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</div><div><input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> PERIODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</div><div><input type="checkbox"/> DENTISTICA</div></div> <div><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H</div> <div><input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> ORTODONTIA</div> <div><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</div> <div><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</div>					