

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO						
NOME DA CLINICA:		FERNANDA SANTOS DIAS				
CNPJ/CPF:	41899488880	NOME RESP. TEC.	FERNANDA SANTOS DIAS	CRO:	138626	
CIDADE:	SUZANO	BAIRRO:	CENTRO	UF:	SP	
DATA DO CREDENCIAMENTO:		15/05/2024				
CONSULTOR(A):			MATHEUS VIEIRA	CHAMADO:	SAD172201285595	
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 <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		MOEDA BASE:	ATO DIFERENCIADO	
MOTIVO DA REMOÇÃO DA AREA						
VALORES <input type="checkbox"/> GLOSAS <input type="checkbox"/> BUROCRACIA DA OPERADORA <input checked="" type="checkbox"/> REMOÇÃO DE PRESTADO <input type="checkbox"/> FALTA DE SUPORTE <input type="checkbox"/>						
NÃO TRABALHA COM A A <input type="checkbox"/> DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> SEM PROFISSIONAL PARA ANT <input type="checkbox"/> NDER						
OUTRO MOTIVO:						
ORIENTAÇÃO						
ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>		DATA INCI		DATA FIN		
ESPECIALIDADE						
A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>						
ÁREA A SER REMOVIDA						
<div><div><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</div></div>						<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H
<input 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 type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA					