

**REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO**

NOME DA CLINICA:		ANA CAROLINE VELOSO LOBO		
CNPJ/CPF:	44606012811	NOME RESP. TEC.	ANA CAROLINE VELOSO LOBO	CRO: 158323
CIDADE: SÃO JOSE DOS CAMPOS		BAIRRO:	CENTRO	UF: SP
DATA DO CREDENCIAMENTO:		12/07/2023		
CONSULTOR(A): MATHEUS RAMOS VIEIRA		CHAMADO: SAD170689115266		
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: 0	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: Não tem direito ao reajuste e confirma remoção da area a ser removida devido ao valor pago.

**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**

<input type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<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 checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA
<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA

**INFORMAÇÕES**

ÁREA A SER REMOVIDA: PROTESE DENTARIA.

**SUBSTITUIÇÕES**

SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
-----------------------	------------------------------	---

QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?

ÁREA

ÁREA

ÁREA

**APROVAÇÃO**

MAYKON W. DAL'NEGRO  
SUPERVISÃO RELACIONAMENTO

RAQUEL BORBA

DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE

POLIANA ANDRADE SILVA

GESTORA GESTAO DE REDE