

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO					
NOME DA CLINICA:		CAMILA CORREA ODONTOLOGIA INTEGRADA			
CNPJ/CPF:	27396868000109	NOME RESP. TEC.	CAMILA CORREA DE OLIVEIRA	CRO:	4538
CIDADE:	NATAL	BAIRRO:	PETROPOLIS	UF:	RN
DATA DO CREDENCIAMENTO:		16/03/2022			
CONSULTOR(A):			Andrey Vidal Siqueira	CHAMADO:	SAD172047140658
QUAL REDE?	<input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE			MULTIPLICADOR:	0,35
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 ATEND	<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		SIM		NÃO	
		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
ÁREA A SER REMOVIDA					
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ENDODONTIA</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL</div> <div style="width: 50%;"><input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ORTODONTIA</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> DENTISTICA</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> *** ESTOMATOLOGIA *** DTM E DOR OROFACIAL *** PATOLOGIA BUCAL </div> </div>					
OUTRAS AREAS:					
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
Drª solicita a remoção, pois não trabalha com tais áreas (PERIO, ESTOMATOLOGIA, DTM E DOR OROFACIAL, PATOLOGIA BUCAL) e pediu para incluir clínico geral.					
SUBSTITUIÇÕES					
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:		<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?					
ÁREA CLÍNICO GERAL					
ÁREA					
ÁREA					
APROVAÇÃO					
_____ KELLY CRISTINA ADMNISTRATIVO		_____ POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE		_____ MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO	