

<b>REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO</b>					
NOME DA CLINICA:		ORAL D' AVILA			
CNPJ/CPF:	7086856000170	NOME RESP. TEC.	CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO		CRO: 16493
CIDADE:	DIAS D AVILA	BAIRRO:	CENTRO		UF: BA
DATA DO CREDENCIAMENTO:		21/11/2018			
CONSULTOR(A):		MATHEUS VIEIRA		CHAMADO:	SAD173203929284
QUAL REDE?	<input type="checkbox"/> DENTAL UNI	<input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE			MULTIPLICADOR: 0,35
<b>ATO DIFERENCIADO NA ÁREA</b>					
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA?		<input type="checkbox"/> SIM	MOEDA BASE:	ATO DIFERENCIADO	
		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
<b>MOTIVO DA REMOÇÃO DA AREA</b>					
VALORES <input checked="" 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 type="checkbox"/>	DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/>		SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER <input type="checkbox"/>		
<b>OUTRO MOTIVO:</b> SEM PACIENTES					
<b>ORIENTAÇÃO</b>					
ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>	DATA INCIO:		DATA FINAL:		
<b>ESPECIALIDADE</b>					
A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA		SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
<b>ÁREA A SER REMOVIDA</b>					
<input type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H <input type="checkbox"/> ENDODONTIA <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL <input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA <input checked="" type="checkbox"/> ORTODONTIA <input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA <input type="checkbox"/> DENTISTICA <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA					
OUTRAS AREAS: DISFUNCAO TEMPORO-MANDIBULAR E DOR-OROFACIAL					
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</b>					
<b>SUBSTITUIÇÕES</b>					
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:		<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
<b>QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?</b>					
ÁREA					
ÁREA					
ÁREA					
<b>APROVAÇÃO</b>					
----- KELLY CRISTINA ADMNISTRATIVO		----- POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE		----- MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO	