

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO															
NOME DA CLINICA:		ADDRESA MOLEZINNE													
CNPJ/CPF:	43907052889	NOME RESP. TEC.	ADDRESA MOLEZINNE	CRO:	119583										
CIDADE: BARRETOS		BAIRRO:	JARDIM ALVORADA	UF:	SP										
DATA DO CREDENCIAMENTO:		30/09/2019													
CONSULTOR(A): MATHEUS VIEIRA			CHAMADO:	SAD172002178367											
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 type="checkbox"/>		DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/>	SEM PROFISSIONAL PARA ANTEND <input type="checkbox"/>												
OUTRO MOTIVO:		Erro no cadastro, assinalou incorretamente a área.													
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 checked="" type="checkbox"/>											
ÁREA A SER REMOVIDA															
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</td> <td><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ENDODONTIA</td> <td><input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PERIODONTIA</td> <td><input type="checkbox"/> ORTODONTIA</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</td> <td><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DENTISTICA</td> <td><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</td> </tr> </table>						<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
<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														
OUTRAS ÁREAS:															
INFORMAÇÕES ADICIONAIS															
SUBSTITUIÇÕES															
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:		<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO												
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?															
ÁREA	ÁREA	ÁREA	ÁREA	ÁREA	ÁREA										
APROVAÇÃO															
KELLY CRISTINA ADMINISTRATIVO		POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE		MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO											