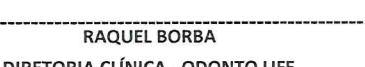


| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO | | | | | |
|---|--|---|---|---|-------------|
| NOME DA CLINICA: | JUND ODONTOLOGIA E ESTETICA LTDA | | | | |
| CNPJ/CPF: | 52802563000105 | NOME RESP. TEC. | ALINE COELLI BONORA | | CRO: 160510 |
| CIDADE: | JUNDIAI | BAIRRO: | CENTRO | | UF: SP |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: | | 29/04/2024 | | | |
| CONSULTOR(A): MATHEUS VIEIRA | | | CHAMADO: SAD171828219112 | | |
| QUAL REDE? | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input 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 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"/> | |
| NÃO TRABALHA COM A ÁREA <input type="checkbox"/> | | DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> | SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER <input type="checkbox"/> | | |
| OUTRO MOTIVO: | | | MOTIVOS PESSOAIS | | |
| ORIENTAÇÃO | | | | | |
| ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/> | DATA INCIO: | | DATA FINAL: | | |
| ESPECIALIDADE | | | | | |
| A ÁREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA | | | SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| ÁREA A SER REMOVIDA | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ENDODONTIA <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> PERIODONTIA <input type="checkbox"/> ORTODONTIA </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> DENTISTICA <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA </div> </div> | | | | | |
| OUTRAS ÁREAS: | | | | | |
| ATENDIMENTO DE URGÊNCIA | | | | | |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS | | | | | |
| SUBSTITUIÇÕES | | | | | |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA: | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | | | |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO? | | | | | |
| ÁREA | | | | | |
| ÁREA | | | | | |
| ÁREA | | | | | |
| APROVAÇÃO | | | | | |
|  | | |  | | |
| RAQUEL BORBA DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE | | | POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE | | |
|  | | | MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO | | |