

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO															
NOME DA CLINICA:		BRENDA ROBERTA DOS SANTOS RODRIGUES													
CNPJ/CPF:	13840971713	NOME RESP. TEC.	BRENDA ROBERTA DOS SANTOS RODRIGUES	CRO:	55856										
CIDADE:	RIO DE JANEIRO	BAIRRO:	REALENGO	UF:	RJ										
DATA DO CREDENCIAMENTO:		22/07/2024													
CONSULTOR(A):			MATHEUS VIEIRA	CHAMADO:	SAD172409913222										
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 ÁREA															
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 ÁREA <input 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 INICIO:	DATA FINAL:												
ESPECIALIDADE															
A ÁREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA		SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>												
ÁREA A SER REMOVIDA															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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"/> ODONTO PEDIATRIA</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"/> ODONTO PEDIATRIA
<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"/> ODONTO PEDIATRIA														
OUTRAS AREAS:															
INFORMAÇÕES ADICIONAIS															
Doutora relata que não entendeu no ato do credenciamento e deseja remover devido a valores menos de um mês de credenciada.															
SUBSTITUIÇÕES															
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:		<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO												
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?															
ÁREA															
ÁREA															
ÁREA															
APROVAÇÃO															
----- KELLY CRISTINA ADMNISTRATIVO		----- POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE		----- MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO											