

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO					
NOME DA CLINICA:		ANDERSON DO ESPIRITO SANTO			
CNPJ/CPF:	10939651777	NOME RESP. TEC.	ANDERSON DO ESPIRITO SANTO	CRO:	37347
CIDADE:	RIO DE JANEIRO	BAIRRO:	CENTRO	UF:	RJ
DATA DO CREDENCIAMENTO:		02/07/2021			
CONSULTOR(A):	MATHEUS VIEIRA		CHAMADO:	SAD172426082556	
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 checked="" type="checkbox"/>	GLOSAS	<input checked="" type="checkbox"/>	BUROCRACIA DA OPERADORA	<input checked="" 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:					
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	
ÁREA A SER REMOVIDA					
<input type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H <input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL <input type="checkbox"/> PERIODONTIA <input type="checkbox"/> ORTODONTIA <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA <input type="checkbox"/> DENTISTICA <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA					
OUTRAS AREAS:					
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
Reclama de glosas, demora nos pagamento e baixo valor de repasse.					
SUBSTITUIÇÕES					
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?					
ÁREA					
ÁREA					
ÁREA					
APROVAÇÃO					
KELLY CRISTINA ADMINISTRATIVO			POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE		MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO