

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO					
NOME DA CLINICA:		SUSANE PASCHOAL OLIVEIRA			
CNPJ/CPF:	10203120760	NOME RESP. TEC.	SUSANE PASCHOAL OLIVEIRA	CRO:	35514
CIDADE:	RIO DE JANEIRO	BAIRRO:	BARRA DA TIJUCA	UF:	RJ
DATA DO CREDENCIAMENTO:					
CONSULTOR(A):		EMANUELE	CHAMADO:	SAD173747153716	
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 <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	MOEDA BASE: ATO DIFERENCIADO		
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 ANTENDER <input type="checkbox"/> OUTRO MOTIVO: VAI PASSAR O CLINICO GERAL PARA OUTRO PROFISSIONAL E FICAR SÓ COM ORTODONTIA.					
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					
<div><div><input checked="" type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input type="checkbox"/> ENDODONTIA <input type="checkbox"/> PERIODONTIA <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> DENTISTICA</div><div><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL <input type="checkbox"/> ORTODONTIA <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</div></div>					
OUTRAS AREAS:					
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
DESEJA REMOVER POIS VAI TRABALHAR SOMENTE COM ORTODONTIA.					
SUBSTITUIÇÕES					
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?					
ÁREA					
ÁREA					
ÁREA					
APROVAÇÃO					
<div><div>----- KELLY CRISTINA ADMNISTRATIVO</div><div>----- POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE</div><div>----- MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO</div></div>					