

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO							
NOME DA CLINICA:		ODONTOROBE					
CNPJ/CPF:	38002953000161	NOME RESP. TEC.	ROBERTO RIBEIRO SIMOES	CRO:	89287		
CIDADE:	SAO PAULO	BAIRRO:	VILA PRUDENTE	UF:	SP		
DATA DO CREDENCIAMENTO:		12/08/2024					
CONSULTOR(A): MATHEUS			CHAMADO:	SAD173645388768			
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 checked="" type="checkbox"/>	GLOSAS	<input type="checkbox"/>	BUROCRACIA DA OPERADORA	<input type="checkbox"/>		
NÃO TRABALHA COM A AREA		<input checked="" type="checkbox"/>	DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO	<input type="checkbox"/>	REMOCÃO DE PRESTADOR	<input type="checkbox"/>	
				SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER	<input type="checkbox"/>	FALTA DE SUPORTE	<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"/> ENDODONTIA <input type="checkbox"/> PERIODONTIA <input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> DENTISTICA <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							
OUTRAS AREAS:							
INFORMAÇÕES ADICIONAIS							
SUBSTITUIÇÕES							
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:		<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?							
ÁREA							
ÁREA							
ÁREA							
APROVAÇÃO							