

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO															
NOME DA CLÍNICA:		CARLA REIS MACHADO													
CNPJ/CPF:	8152286605	NOME RESP. TEC.	CARLA REIS MACHADO	CRO:	37875										
CIDADE:	UBERLANDIA	BAIRRO:	SANTA MONICA	UF:	MG										
DATA DO CREDENCIAMENTO:		15/12/2022													
CONSULTOR(A): KETLIN CANDIDO SOARES			CHAMADO:	SAD171761672442											
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:	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT											
		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT											
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"/>										
OBSERVAÇÃO:		Sem horario para atendimentos pelo plano, nas áreas.													
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 checked="" type="checkbox"/>										
ÁREA A SER REMOVIDA															
<table border="1"> <tr> <td><input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA</td> <td><input type="checkbox"/> ORTODONTIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</td> <td><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DENTISTICA</td> <td><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H	<input type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL	<input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA	<input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA	<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA
<input checked="" type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H														
<input type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL														
<input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA														
<input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA														
<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA														
INFORMAÇÕES															
REMOVER ÁS ÁREAS ACIMA DA DRA. CARLA REIS MACHADO CRO 37875															
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											