

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO						
NOME DA CLINICA:		VIVIANE CRISTINA VERATTI ALCANTARA				
CNPJ/CPF:	30993633838	NOME RESP. TEC.	VIVIANE CRISTINA VERATTI ALCANTARA	CRO:	94481	
CIDADE:	BAURU	BAIRRO:	CENTRO	UF:		
DATA DO CREDENCIAMENTO:		31/10/2024				
CONSULTOR(A):		MATHEUS	CHAMADO:	SAD173636847134		
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 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 checked="" type="checkbox"/> DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> SEM PROFISSIONAL PARA ATENDER <input type="checkbox"/>						
OUTRO MOTIVO:						
ORIENTAÇÃO						
ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>		DATA INCIO:	DATA FINAL:			
ESPECIALIDADE						
A ÁREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA		SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>			
ÁREA A SER REMOVIDA						
<div><div><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</div></div>						<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 type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA					
<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA					