

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO					
NOME DA CLINICA:		JOSIELE VIEIRA ROSA			
CNPJ/CPF:	056.203.531-17	NOME RESP. TEC.	JOSIELE VIEIRA ROSA	CRO:	17321
CIDADE:	FORMOSA	BAIRRO:	CENTRO	UF:	GO
DATA DO CREDENCIAMENTO:		27/12/2023			
CONSULTOR(A):		MATHEUS	CHAMADO:	SAD172977721651	
QUAL REDE?	☐ DENTAL UNI ☒ ODONTO LIFE		MULTIPLICADOR: 0,3		
ATO DIFERENCIADO NA ÁREA					
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA?		☐ SIM ☒ NÃO	MOEDA BASE:	ATO DIFERENCIADO	
MOTIVO DA REMOÇÃO DA AREA					
VALORES ☐ GLOSAS ☐ BUROCRACIA DA OPERADORA ☐ REMOÇÃO DE PRESTADOR ☐ FALTA DE SUPORTE ☐					
NÃO TRABALHA COM A AREA ☐ DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO ☐ SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER ☐					
OUTRO MOTIVO:		SEM PROCURA			
ORIENTAÇÃO					
ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS ☐		DATA INCIO:		DATA FINAL:	
ESPECIALIDADE					
A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA		SIM ☐ NÃO ☐			
ÁREA A SER REMOVIDA					
☐ CLINICO GERAL ☐ ENDODONTIA ☐ PERIODONTIA ☐ PROTESE DENTÁRIA ☐ DENTISTICA ☐ URGENCIA E EMERGENCIA 24H ☐ CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL ☒ ORTODONTIA ☐ ODONTGERIATRIA ☐ ODONTOPEDIATRIA					
OUTRAS AREAS:					
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
SUBSTITUIÇÕES					
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:		☐ SIM ☒ NÃO			
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?					
ÁREA					
ÁREA					
ÁREA					
APROVAÇÃO					
----- KELLY CRISTINA ADMNISTRATIVO		----- POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE		----- MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO	