

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO															
NOME DA CLINICA:	BRUNA FERRARI GEBIN														
CNPJ/CPF:	38319213851	NOME RESP. TEC.	BRUNA FERRARI GEBIN	CRO:	103211										
CIDADE:	ARUJA	BAIRRO:	CENTRO	UF:	SP										
DATA DO CREDENCIAMENTO:		26/11/2018													
CONSULTOR(A):	KETLIN CANDIDO		CHAMADO:	SAD173132856188											
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 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 checked="" type="checkbox"/>		DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/>	SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER <input type="checkbox"/>												
OUTRO MOTIVO:		NÃO TRABALHA COM AS ÁREAS													
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 type="checkbox"/>												
ÁREA A SER REMOVIDA															
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</td> <td><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PERIODONTIA</td> <td><input type="checkbox"/> ORTODONTIA</td> </tr> <tr> <td><input checked="" 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 type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H	<input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL	<input type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA	<input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA	<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA
<input type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H														
<input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL														
<input type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA														
<input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA														
<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA														
OUTRAS AREAS:															
INFORMAÇÕES ADICIONAIS															
REMOVER AS ÁREA DA DRA. BRUNA FERRARI GEBIN.															
SUBSTITUIÇÕES															
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO														
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?															
ÁREA															
ÁREA															
ÁREA															
APROVAÇÃO															
KELLY CRISTINA ADMINISTRATIVO	POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE			MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO											