

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO															
NOME DA CLINICA:	ARIANE FRAGA BUCK														
CNPJ/CPF:	33529551821	NOME RESP. TEC.	ARIANE FRAGA BUCK	CRO:	119780										
CIDADE: SAO BERNARDO DO CAMPO		BAIRRO:	NOVA PETROPOLIS	UF:	SP										
DATA DO CREDENCIAMENTO:	06/02/2023														
CONSULTOR(A):	MATHEUS VIEIRA		CHAMADO:	SAD171577947464											
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"/>	REMOÇÃO DE PRESTADOR <input type="checkbox"/>	FALTA DE SUPORTE <input type="checkbox"/>											
NÃO TRABALHA COM A AR <input type="checkbox"/>		DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/>		SEM PROFISSIONAL PARA ANTEND <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 <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 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 type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H	<input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input checked="" 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 type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H														
<input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input checked="" 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														
OUTRAS AREAS															
INFORMAÇÕES ADICIONAIS															
<p>Foi ofertado reajuste e Dra. Não foi de acordo com o reajuste apresentado deseja remoção das áreas.</p>															
SUBSTITUIÇÕES															
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> 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											