

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO									
NOME DA CLINICA:			ELAINE MENDES SILVA						
CNPJ/CPF:	98890239115		NOME RESP. TEC.	ELAINE MENDES SILVA				CRO:	65594
CIDADE:	UBERLANDIA		BAIRRO:	CENTRO				UF:	MG
DATA DO CREDENCIAMENTO:			09/04/2024						
CONSULTOR(A):			MATHEUS VIEIRA			CHAMADO:		SAD171830826735	
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 <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		MOEDA BASE:		ATO DIFERENCIADO		
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 type="checkbox"/>		DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/>		SEM PROFISSIONAL PARA ATENDER <input type="checkbox"/>					
OUTRO MOTIVO:			ESTÁ SEM TEMPO PARA ATENDER A ÁREA MAIS PRETENDE MANTER O RESTO.						
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 checked="" type="checkbox"/>			
ÁREA A SER REMOVIDA									
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input type="checkbox"/> ENDODONTIA <input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> DENTISTICA </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL <input type="checkbox"/> ORTODONTIA <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA </div> </div>									
OUTRAS AREAS:									
INFORMAÇÕES ADICIONAIS									
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			_____ MAYRON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO			