

**REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO**

NOME DA CLINICA:		ODONTO CIDACO	
CNPJ/CPF:	45587658000180	NOME RESP. TEC.	RAFAEL REIS CIDACO
CIDADE:	TERESOPOLIS	BAIRRO:	VARZEA
DATA DO CREDENCIAMENTO:		28/07/2023	
CONSULTOR(A):		MATHEUS VIEIRA	CHAMADO: SAD170656058566
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: 0	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT
	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT

**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"/>
----------------------------------	---------------------------------	--	---	---

OBSERVAÇÃO: O doutor alega que o site é ruim, quer retirar somente uma área, mais futuramente deve se desligar.

**ORIENTAÇÃO**

ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>	DATA INCIO:	DATA FINAL:
---	-------------	-------------

**ESPECIALIDADE**

A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
---	------------------------------	---

**ÁREA A SER REMOVIDA**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CLINICO GERAL    | <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 checked="" type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA |

**INFORMAÇÕES**

AREA A SER REMOVIDA: ODONTOPEDIATRIA

**SUBSTITUIÇÕES**

SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
-----------------------	------------------------------	---

QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?

ÁREA

ÁREA

ÁREA

**APROVAÇÃO**


MAYKON W. DAL NEGRO  
 SUPERVISÃO RELACIONAMENTO

RAQUEL BORBA

DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE

POLIANA ANDRADE SILVA

GESTORA GESTAO DE REDE