

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO															
NOME DA CLINICA:		MONIQUE PEREIRA IDALENCIO													
CNPJ/CPF:	099.926.089-86	NOME RESP. TEC.	MONIQUE PEREIRA IDALENCIO	CRO:	20680										
CIDADE:	LAGUNA	BAIRRO:	MAR GROSSO	UF:	SC										
DATA DO CREDENCIAMENTO:		20/02/2024													
CONSULTOR(A):			MATHEUS	CHAMADO:	SAD172960828721										
QUAL REDE?	<input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE		MULTIPLICADOR:												
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 checked="" type="checkbox"/>	DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO	<input type="checkbox"/>	SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER	<input type="checkbox"/>										
OUTRO MOTIVO:															
ORIENTAÇÃO															
ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS	<input type="checkbox"/>	DATA INICIO:		DATA FINAL:											
ESPECIALIDADE															
A ÁREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA		SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>										
ÁREA A SER REMOVIDA															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</td> <td><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ENDODONTIA</td> <td><input 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 type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input 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 type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input 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															
não trabalha mais com protese dentaria															
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											