

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|---|--------|
| NOME DA CLINICA: | | JOSE MICAEL XAVIER DE OLIVEIRA MORAIS | | | |
| CNPJ/CPF: | 053.756.173-07 | NOME RESP. TEC. | JOSE MICAEL XAVIER DE OLIVEIRA MORAIS | CRO: | 159156 |
| CIDADE: | SAO CAETANO DO SUL | BAIRRO: | OSVALDO CRUZ | UF: | SP |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: | | 25/03/2024 | | | |
| CONSULTOR(A): | | MATHEUS VIEIRA | CHAMADO: | SAD172262109220 | |
| 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 type="checkbox"/> NÃO | MOEDA BASE: | ATO DIFERENCIADO | |
| 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 AREA <input type="checkbox"/> DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> SEM PROFISSIONAL PARA ATEND <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 checked="" type="checkbox"/> | |
| ÁREA A SER REMOVIDA | | | | | |
| <div><div><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</div><div><input type="checkbox"/> ENDODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> PERIODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</div><div><input type="checkbox"/> DENTISTICA</div><div><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H</div><div><input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL</div><div><input checked="" type="checkbox"/> ORTODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</div><div><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 | | | | | |
| | | | | | |
| ----- KELLY CRISTINA ADMNISTRATIVO | | ----- POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE | | ----- MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO | |