

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	MOEDA BASE:	ATO DIFERENCIADO	
	<input 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 AREA <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 checked="" type="checkbox"/>		
ÁREA A SER REMOVIDA					
<input type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input type="checkbox"/> ENDODONTIA <input type="checkbox"/> PERIODONTIA <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> DENTISTICA <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL <input checked="" type="checkbox"/> ORTODONTIA <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA					
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					