

**REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO**

NOME DA CLINICA:		AITAK		
CNPJ/CPF:	27354825000160	NOME RESP. TEC.	KATIA CRISTINA BELTRAME	CRO: 64342

CIDADE: SOROCABA	BAIRRO:	CENTRO	UF: SP
------------------	---------	--------	--------

DATA DO CREDENCIAMENTO:		19/02/2024
-------------------------	--	------------

CONSULTOR(A):	KETLIN CANDIDO SOARES	CHAMADO:	SAD172503865218
---------------	-----------------------	----------	-----------------

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 checked="" type="checkbox"/> SIM	MOEDA BASE:	ATO DIFERENCIADO	0,3
	<input type="checkbox"/> NÃO			0,68

**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 ANTENDER <input type="checkbox"/>
--	---	---

OUTRO MOTIVO: **valor que o convenio paga, para a dra não compensa**

**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"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H  |
| <input type="checkbox"/> ENDODONTIA       | <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL |
| <input type="checkbox"/> PERIODONTIA      | <input checked="" type="checkbox"/> ORTODONTIA      |
| <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA | <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA             |
| <input type="checkbox"/> DENTISTICA       | <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA            |

OUTRAS AREAS:

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

**REMOVER A ÁREA DE ACIMA DA CLINICA AITAK**

**SUBSTITUIÇÕES**

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

QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?
----------------------------

ÁREA
------

ÁREA
------

ÁREA
------

**APROVAÇÃO**

KELLY CRISTINA  
ADMINISTRATIVO

POLIANA ANDRADE SILVA  
GESTORA GESTAO DE REDE

MAYKON W. DAL'NEGRO  
SUPERVISÃO RELACIONAMENTO