


| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO | | | | | | | | | |
|--|-------------|--|--|--|---|--|-------------------------------|------|--------|
| NOME DA CLÍNICA: | | | RAFAELA MOTA DE SOUSA | | | | | | |
| CNPJ/CPF: | 42308204885 | | NOME RESP. TEC. | | RAFAELA MOTA DE SOUSA | | | CRO: | 152952 |
| CIDADE: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS | | | BAIRRO: | | CENTRO | | | UF: | SP |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: | | | | | 14/09/2023 | | | | |
| CONSULTOR(A): | | | LIZANDRA | | CHAMADO: | | SAD170800495858 | | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> NÃO | | MOEDA: 0 | | ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT | | |
| | | | | | | | ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT | | |
| MOTIVO DA REMOÇÃO DA ÁREA | | | | | | | | | |
| 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"/> | | | | | | | | | |
| OBSERVAÇÃO: | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;"><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</div> <div style="width: 45%;"><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H</div> <div style="width: 45%;"><input type="checkbox"/> ENDODONTIA</div> <div style="width: 45%;"><input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL</div> <div style="width: 45%;"><input type="checkbox"/> PERIODONTIA</div> <div style="width: 45%;"><input type="checkbox"/> ORTODONTIA</div> <div style="width: 45%;"><input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</div> <div style="width: 45%;"><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</div> <div style="width: 45%;"><input type="checkbox"/> DENTISTICA</div> <div style="width: 45%;"><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</div> </div> | | | | | | | | | |
| INFORMAÇÕES | | | | | | | | | |
| Dra informa que o motivo seria baixo retorno, visto que data da inclusão foi 14/09/2023, a mesma não possui direito ao reajuste, encaminho mensagem orientando sobre. | | | | | | | | | |
| SUBSTITUIÇÕES | | | | | | | | | |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA: | | | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | | | | | |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO? | | | | | | | | | |
| ÁREA | | | | | | | | | |
| ÁREA | | | | | | | | | |
| ÁREA | | | | | | | | | |
| APROVAÇÃO | | | | | | | | | |
| RAQUEL BORBA DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE | | | | |  MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO | | | | |