

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO

NOME DA CLINICA:		ELSON DA SILVA OLIVEIRA	
CNPJ/CPF:	88838811172	NOME RESP. TEC.	ELSON DA SILVA OLIVEIRA
CIDADE:	BRASILIA	BAIRRO:	TAGUATINGA CENTRO (TAGUATINGA)
DATA DO CREDENCIAMENTO:		10/04/2024	
CONSULTOR(A):		MATHEUS VIEIRA	CHAMADO: SAD17135529555
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: 0	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT
	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT

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"/>
----------------------------------	---------------------------------	--	---	---

OBSERVAÇÃO: Dr. Desejava retirar algumas áreas, porém só vai retirar a área abaixo

ORIENTAÇÃO

ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>	DATA INICIO:	DATA FINAL:
---	--------------	-------------

ESPECIALIDADE

A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
---	------------------------------	------------------------------

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 type="checkbox"/> ORTODONTIA
<input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA
<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input checked="" type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA

INFORMAÇÕES

Dr. Gostaria de remover algumas áreas após mostrar termo de adesão somente deseja retirar a que foi cadastrada sem a solicitação do mesmo no ato do credenciamento, as demais vai manter atendendo.

SUBSTITUIÇÕES

SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA: SIM NÃO

QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?

ÁREA

ÁREA

ÁREA

APROVAÇÃO

RAQUEL BORBA

DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE

POLIANA ANDRADE SILVA

GESTORA GESTAO DE REDE

MAYKON W. DAL'NEGRO

SUPERVISÃO RELACIONAMENTO