

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO									
NOME DA CLINICA:		ALINE ARAUJO GABRIEL DE OLIVEIRA							
CNPJ/CPF:	11552455980	NOME RESP. TEC.		ALINE ARAUJO GABRIEL DE OLIVEIRA				CRO:	34489
CIDADE:	ARAPOTI	BAIRRO:		CENTRO				UF:	PR
DATA DO CREDENCIAMENTO:		18/08/2023							
CONSULTOR(A):		SOPHIA DOVALE RIBEIRO				CHAMADO:		SAD171475695346	
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: 0,3		ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT			
						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:					SEM ESPECIALIDADE				
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 checked="" type="checkbox"/>			
ÁREA A SER REMOVIDA									
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input type="checkbox"/> ENDODONTIA <input type="checkbox"/> PERIODONTIA <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> DENTISTICA </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL <input type="checkbox"/> ORTODONTIA <input checked="" type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA </div> </div>									
INFORMAÇÕES									
Conforme orientações da Dra.: Estou focando mais nos meus atendimentos em Ortodontia. REMOVER: ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS e ODONTOGERIATRIA									
SUBSTITUIÇÕES									
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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			