

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO

NOME DA CLINICA:		ORAL DAY CLINICA DENTARIA			
CNPJ/CPF:	47776622000170	NOME RESP. TEC.	ARTHUR BENTES VIDAL		CRO: 25205
CIDADE:	TORRES	BAIRRO:	CENTRO		UF: RS
DATA DO CREDENCIAMENTO:		24/03/2023			
CONSULTOR(A):		MATHEUS VIEIRA	CHAMADO:	SAD171329296580	
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 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: Doutor confirma que não faz implante.				

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

<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 checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA
<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA
(X) IMPLANTODONTIA	

INFORMAÇÕES

Doutor deseja remover pois não faz implante e não tem interesse em repasse maior na área e deseja incluir nova área e também do prestador Dr. Leandro Galvan de Oliveira que ficara com as áreas CLINICO GERAL, CIRURGIA, DENTISTICA e ENDODONTIA.

SUBSTITUIÇÕES

SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?	
ÁREA CIRURGIA	
ÁREA DENTISTICA	
ÁREA	

APROVAÇÃO

_____ RAQUEL BORBA DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE	_____ POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE	_____ MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO
--	--	---