

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO | | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| NOME DA CLÍNICA: | | GILDETE MARIA DE JESUS DOMINGUES | | | |
| CNPJ/CPF: | 25280140821 | NOME RESP. TEC. | GILDETE MARIA DE JESUS DOMINGUES | CRO: | 101561 |
| CIDADE: | BARUERI | BAIRRO: | JARDIM JULIO | UF: | SP |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: | | 08/01/2024 | | | |
| CONSULTOR(A): | | LIZANDRA | CHAMADO: | SAD170905719697 | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> |
| | | | | FALTA DE SUPORTE | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVAÇÃO: | | | | | |
| ORIENTAÇÃO | | | | | |
| ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS | | <input type="checkbox"/> | DATA INCIO: | 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 checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA <input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA <input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> DENTISTICA </div> <div style="width: 50%;"> <input checked="" type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL <input checked="" type="checkbox"/> ORTODONTIA <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA <input checked="" type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA <input checked="" type="checkbox"/> IMPLANTODONTIA </div> </div> | | | | | |
| INFORMAÇÕES | | | | | |
| Dra. Solicita retirada de área devido a: "Tínhamos uma parceria de especialidade mas acabou nao dando certo e por isso estamos pedindo para tirar" | | | | | |
| 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 | | ----- KELLY OLIVEIRA GESTAO DE REDE | | ----- MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO | |