

## REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO

NOME DA CLÍNICA:		MATUSHIMA ODONTOLOGIA			
CNPJ/CPF:	44638010000122	NOME RESP. TEC.	KYARA ALICE MATUSHIMA	CRO:	116542
CIDADE:	CARAPICUIBA	BAIRRO:	VILA SILVANIA	UF:	SP
DATA DO CREDENCIAMENTO:		29/09/2023			
CONSULTOR(A):		JESSICA PACHECO	CHAMADO:	SAD171225287972	
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:	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT
	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		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

<input type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H
<input type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL
<input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA
<input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA
<input checked="" type="checkbox"/> DENTISTICA	<input checked="" type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA

## INFORMAÇÕES

por motivos de valores, que é muito inferior ao que é cobrado pela clinica no particular.

Visto que clinica não possui direito ao reajuste por terem credenciado em SETEMBRO/2023 orientei a solicitarem o reajuste em SET/2024 indicando um repasse maior para estas áreas para tentar divulgar novamente as áreas para atendimento.

## 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	MAYRON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO
---	---	--