

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO					
NOME DA CLINICA:		FABIANA FINI ADARIO			
CNPJ/CPF:	39553121861	NOME RESP. TEC.	FABIANA FINI ADARIO	CRO:	108851
CIDADE:	SANTO ANDRE	BAIRRO:	CAMPESTRE	UF:	SP
DATA DO CREDENCIAMENTO:		23/03/2023			
CONSULTOR(A):		LIZANDRA	CHAMADO:	SAD170869375937	
QUAL REDE?			MULTIPLICADOR: 0,3		
<input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE					
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: Procura por procedminto que não realiza					
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					
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input type="checkbox"/> ENDODONTIA <input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> DENTISTICA </div> <div> <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL <input type="checkbox"/> ORTODONTIA <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA </div> </div> </div>					
INFORMAÇÕES					
Dra. Relata que no cadastro foi orientada a selecionar área pois raspagem supra precisa, porém está indo muito paciente para raspagem sub a qual ela não realiza. Para não gerar negativa de atendimento deseja que retire a área.					
SUBSTITUIÇÕES					
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?					
ÁREA					
ÁREA					
ÁREA					
APROVAÇÃO					
_____ RAQUEL BORBA DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE			_____ MAYKON W. DAL NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO		