

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO

| | | | | | |
|-------------------------|---|---------------------------|---------------------------|-----------------|--------|
| NOME DA CLINICA: | | DAVID VINICIUS VILLA NOVA | | | |
| CNPJ/CPF: | 22896290818 | NOME RESP. TEC. | DAVID VINICIUS VILLA NOVA | CRO: | 144148 |
| CIDADE: | ARARAS | BAIRRO: | CENTRO | UF: | SP |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: | | 20/09/2022 | | | |
| CONSULTOR(A): | | MATHEUS VIEIRA | CHAMADO: | SAD171390814128 | |
| QUAL REDE? | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE | | MULTIPLICADOR: 0,35 | | |

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 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: Dr. Deseja remoção devido a valores. | | | | |

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 checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL |
| <input type="checkbox"/> PERIODONTIA | <input type="checkbox"/> ORTODONTIA |
| <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA | <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA |
| <input type="checkbox"/> DENTISTICA | <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA |


INFORMAÇÕES

Teve reajuste em 17/10/2023, somente ele atende a área na cidade, 170 beneficiários.

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 | _____ POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE |  _____ MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |
|--|--|--|