

**REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO**

NOME DA CLINICA:		CLINICA FACE & SORRISO			
CNPJ/CPF:	41668655000110	NOME RESP. TEC.	ELIANE RODRIGUES COSTA	CRO:	151718
CIDADE:	OSASCO	BAIRRO:	CENTRO	UF:	SP
DATA DO CREDENCIAMENTO:		14/07/2023			
CONSULTOR(A):		JESSICA PACHECO	CHAMADO:	SAD171016891118	
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:				

**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 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**

Clinica solicita a remoção da área devido aos valores, não possui direito ao reajuste.

**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
--	---