

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO

NOME DA CLINICA:		MILIONS ODONTOLOGIA INTEGRADA			
CNPJ/CPF:	46795448000140	NOME RESP. TEC.	CHRISTIANE VIRGINIA MILIONS	CRO:	148109
CIDADE:	SÃO PAULO	BAIRRO:	REPÚBLICA	UF:	SP
DATA DO CREDENCIAMENTO:		22/09/2022			
CONSULTOR(A):		JESSICA PACHECO	CHAMADO:	SAD17054135823	
QUAL REDE?			MULTIPLICADOR: 0,35		
<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:	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT	
			ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT	

MOTIVO DA REMOÇÃO DA ÁREA

VALORES <input type="checkbox"/>	GLOSAS <input checked="" 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"/> CLÍNICO GERAL	<input type="checkbox"/> URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24H
<input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL
<input type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input checked="" type="checkbox"/> ORTODONTIA
<input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA
<input type="checkbox"/> DENTÍSTICA	<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA

INFORMAÇÕES

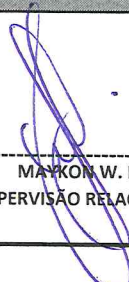
motivo seria acerca de ter realizado varios atendimentos e não ter recebido nada por motivo de glosas por motivo de falta de imagem

Foi oferecido suporte para abrir recurso e orientada sobre instruções técnicas e comprovação, porém a mesma recusou, falou que não quer mais ter problemas e quer retirar do seu cadastro as áreas.

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	 _____ MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO
--	--	--