

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO

NOME DA CLINICA:	ELAINE MENDES SILVA		
CNPJ/CPF:	98890239115	NOME RESP. TEC.	ELAINE MENDES SILVA
CIDADE:	UBERLANDIA	BAIRRO:	CENTRO
DATA DO CREDENCIAMENTO:		09/04/2024	
CONSULTOR(A):	MATHEUS VIEIRA		CHAMADO: SAD171830826735
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 BASE:	ATO DIFERENCIADO
	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		

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"/>
NÃO TRABALHA COM A AREA <input type="checkbox"/>		DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/>		SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER <input type="checkbox"/>

OUTRO MOTIVO:

ESTÁ SEM TEMPO PARA ATENDER A ÁREA MAIS PRETENDE MANTER O RESTO.

ORIENTAÇÃO

ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>	DATA INCIO:	DATA FINAL:
---	-------------	-------------

ESPECIALIDADE

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

OUTRAS ÁREAS:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
SUBSTITUIÇÕES
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA: SIM NÃO

QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?

ÁREA

ÁREA

ÁREA

APROVAÇÃO

 RAQUEL BORBA
 DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE

 POLIANA ANDRADE SILVA
 GESTORA GESTAO DE REDE

 MAYCON W. DAL'NEGRO
 SUPERVISÃO RELACIONAMENTO

