

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO

NOME DA CLINICA:		ODONTO CIDACO			
CNPJ/CPF:	45587658000180	NOME RESP. TEC.	RAFAEL REIS CIDACO	CRO:	38683
CIDADE:	TERESOPOLIS	BAIRRO:	VARZEA	UF:	RJ
DATA DO CREDENCIAMENTO:		28/07/2023			
CONSULTOR(A):		MATHEUS VIEIRA	CHAMADO:	SAD170656058566	
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: 0	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT
	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		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: O doutor alega que o site é ruim, quer retirar somente uma área, mais futuramente deve se desligar.				

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 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 checked="" type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA

INFORMAÇÕES

ÁREA A SER REMOVIDA: ODONTOPEDIATRIA

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

MAYRON W. DAL'NEGRO
SUPERVISÃO RELACIONAMENTO