

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO

| | | | | |
|-------------------------|-------------|---|------------------------|-----------------|
| NOME DA CLINICA: | | RUA CAMARGO PAES nº 274 | | |
| CNPJ/CPF: | 53730518968 | NOME RESP. TEC. | FERNANDA PIGNATO ALVES | CRO: 49771 |
| CIDADE: CAMPINAS | | BAIRRO: | JARDIM GUANABARA | UF: SP |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: | | 25/04/2023 | | |
| CONSULTOR(A): | | MATHEUS RAMOS VIEIRA | CHAMADO: | SAD170602228356 |
| 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"/> |
|----------------------------------|---------------------------------|--|---|---|

O doutor presta atendimento, porém PROTESE DENTARIA não, o motivo é que não faz mais esse serviço.

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 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 checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA | <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA |
| <input type="checkbox"/> DENTISTICA | <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA |

INFORMAÇÕES

Doutor em validação confirma que atende o plano, porém não trabalha mais com PROTÉSE DENTÁRIA.

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