

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO

NOME DA CLINICA:		CLINICA ORAL PRIME LTDA			
CNPJ/CPF:	26786433000108	NOME RESP. TEC.	EDUARDO DE OLIVEIRA SILVEIRA	CRO:	8544
CIDADE:	CAMPO GRANDE	BAIRRO:	UNIVERSITARIO	UF:	MS
DATA DO CREDENCIAMENTO:		22/04/2024			
CONSULTOR(A):		MATHEUS VIEIRA	CHAMADO:	SAD1712582827	
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 checked="" type="checkbox"/>	FALTA DE SUPORTE <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---------------------------------	--	--	---

OBSERVAÇÃO:

Doutor deseja alterar áreas do prestador abaixo.

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

INFORMAÇÕES

Foi colocado errado, doutor pede alteração de áreas para manter o prestador no corpo clinico haja vista, que o mesmo só tem endodontia no cadastro. Dr. FELIPE DE OLIVEIRA LAUREANO LEME CRO: 8152

SUBSTITUIÇÕES

SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?	
ÁREA	DENTISTICA
ÁREA	
ÁREA	

APROVAÇÃO

RAQUEL BORBA
DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE

POLIANA ANDRADE SILVA
GESTORA GESTAO DE REDE

MAYKON W. DAL'NEGRO
SUPERVISÃO RELACIONAMENTO