

**REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO**

|                         |                                                                                     |                         |                      |                |       |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|----------------|-------|
| NOME DA CLÍNICA:        |                                                                                     | EVELYN LIMA FERREIRA    |                      |                |       |
| CNPJ/CPF:               | 10378939645                                                                         | NOME RESP. TEC.         | EVELYN LIMA FERREIRA | CRO:           | 66345 |
| CIDADE:                 | BELO HORIZONTE                                                                      | BAIRRO:                 | CENTRO               | UF:            | MG    |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: |                                                                                     | 28/10/2023              |                      |                |       |
| CONSULTOR(A):           |                                                                                     | LUCAS LENNON DOS SANTOS | CHAMADO:             | SAD17062674356 |       |
| 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<br><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 type="checkbox"/> | BUROCRACIA DA OPERADORA <input type="checkbox"/> | REMOÇÃO DE PRESTADOR <input type="checkbox"/> | FALTA DE SUPORTE <input type="checkbox"/> |
| OBSERVAÇÃO:                      |                                 | FALTA DE PROCURA                                 |                                               |                                           |

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

**INFORMAÇÕES**

DESEJA REMOÇÃO NA ÁREA DE URGÊNCIA, POIS ATENDE POUCOS PACIENTES NA CLÍNICA PARA ESTA ESPECIALIDADE.

**SUBSTITUIÇÕES**

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

**APROVAÇÃO**

|                                                          |                                                    |                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____<br>RAQUEL BORBA<br>DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE | _____<br>AGATA GOMES<br>COORDENAÇÃO GESTAO DE REDE | <br>_____<br>MAYKON W. DAL NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|