

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| NOME DA CLINICA: | CAMILA LUIZA VITORIA VILLON SANTANA | | | | |
| CNPJ/CPF: | 12133985689 | NOME RESP. TEC. | | | CRO: 70269 |
| CIDADE: DIVINÓPOLIS | | BAIRRO: | CENTRO | | UF: MG |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: | | 07/03/2024 | | | |
| CONSULTOR(A): | JANAINA AP. FRONZA | | CHAMADO: | 40641420240711001139 | |
| QUAL REDE? | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI | <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE | MULTIPLICADOR: 0,30 | | |
| 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 AREA | | | | | |
| 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 ANTEND <input type="checkbox"/> | |
| OUTRO MOTIVO: Falta de instrumentos (localizador apical). | | | | | |
| 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 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 | | | | | |
| OUTRAS ÁREAS: | | | | | |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS | | | | | |
| SUBSTITUIÇÕES | | | | | |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | | | |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO? | | | | | |
| ÁREA | | | | | |
| ÁREA | | | | | |
| ÁREA | | | | | |
| APROVAÇÃO | | | | | |
| KELLY CRISTINA ADMINISTRATIVO | | | POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE | | MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |