DENTALUNI
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

OdontoLife
Planos Odontológicos

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO

NOME DA CLINICA:	**DENTAL PLUS ODONTOLOGIA INTEGRADA**				
CNPJ/CPF:	**43262749000110**	**NOME RESP. TEC.**	**CAMILA OLIVEIRA PAZ**	**CRO:**	**5488**
CIDADE:	**NATAL**	**BAIRRO:**	**CIDADE ALTA**	**UF:**	**RN**
DATA DO CREDENCIAMENTO:	**10/02/2023**				
CONSULTOR(A):	**MATHEUS**	**CHAMADO:**	**SAD173445155647**		
QUAL REDE? ☐ DENTAL UNI ☑ ODONTO LIFE		**MULTIPLICADOR:**	**0,3**		

ATO DIFERENCIADO NA ÁREA

POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA? ☐ SIM ☑ NÃO MOEDA BASE: **ATO DIFERENCIADO**

MOTIVO DA REMOÇÃO DA AREA

VALORES ☐ GLOSAS ☐ BUROCRACIA DA OPERADORA ☐ REMOÇÃO DE PRESTADOR ☐ FALTA DE SUPORTE ☐

NÃO TRABALHA COM A AREA ☑ DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO ☐ SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER ☐

OUTRO MOTIVO:

ORIENTAÇÃO

ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS ☐ DATA INCIO: DATA FINAL:

ESPECIALIDADE

A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA SIM ☐ NÃO ☐

ÁREA A SER REMOVIDA

☐ CLINICO GERAL	☐ URGENCIA E EMERGENCIA 24H
☐ ENDODONTIA	☑ CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL
☐ PERIODONTIA	☐ ORTODONTIA
☐ PROTESE DENTÁRIA	☐ ODONTGERIATRIA
☐ DENTISTICA	☐ ODONTOPEDIATRIA

OUTRAS AREAS:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

SUBSTITUIÇÕES

SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA: ☐ SIM ☑ NÃO

QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?

ÁREA

ÁREA

ÁREA

APROVAÇÃO

KELLY CRISTINA	**POLIANA ANDRADE SILVA**	**MAYKON W. DAL'NEGRO**
ADMNISTRATIVO	**GESTORA GESTAO DE REDE**	**SUPERVISÃO RELACIONAMENTO**