

**REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO**

NOME DA CLINICA:	SANTA LUZIA ODONTOLOGIA AVANCADA		
CNPJ/CPF:	45384040000112	NOME RESP. TEC.	BRUNO RODRIGUES FERREIRA
CIDADE:	SANTA LUZIA	BAIRRO:	BOA ESPERANCA
CRO:	61298	UF:	MG

DATA DO CREDENCIAMENTO:		31/01/2023
-------------------------	--	------------

CONSULTOR(A):	MATHEUS VIEIRA	CHAMADO:	SAD171778116738
---------------	----------------	----------	-----------------

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 BASE:	ATO DIFERENCIADO
	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		

**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"/>
NÃO TRABALHA COM A AREA <input type="checkbox"/>		DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/>	SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER <input type="checkbox"/>	

OUTRO MOTIVO:

**NÃO INFORMOU O MOTIVO, MESMO SENDO QUESTIONADO.**
**ORIENTAÇÃO**

ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>	DATA INCIO:	DATA FINAL:
---	-------------	-------------

**ESPECIALIDADE**

A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
---	------------------------------	------------------------------

**ÁREA A SER REMOVIDA**

<input type="checkbox"/> CLINICO GERAL	<input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H
<input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NÃO
-----------------------	------------------------------	---

QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?

ÁREA

ÁREA

ÁREA

**APROVAÇÃO**

RAQUEL BORBA

DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE

POLIANA ANDRADE SILVA

GESTORA GESTAO DE REDE

MAYKON W. DAL'NEGRO

SUPERVISÃO RELACIONAMENTO