

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO

NOME DA CLINICA:		SANTA LUZIA ODONTOLOGIA AVANÇADA			
CNPJ/CPF:	45384040000112	NOME RESP. TEC.	BRUNO RODRIGUES FERREIRA	CRO:	61298
CIDADE:	SANTA LUZIA	BAIRRO:	BOA ESPERANCA	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 <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	MOEDA BASE:	ATO DIFERENCIADO
------------------------------------	---	-------------	------------------

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 ÁREA <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 ÁREA 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 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	 _____ MAYRON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO
--	--	--