

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO  |   |  |   |   |            |
|--|---|--|---|---|------------|
| NOME DA CLINICA:   | MAGALI MUKOON SLOBODJAN                             |  |   |   |            |
| CNPJ/CPF:  | 091.247.369-02                                      | NOME RESP. TEC.  | MAGALI MUKOON SLOBODJAN                                 |   | CRO: 28299 |
| CIDADE:  | CAMPO MOURAO  |  | BAIRRO:   | CENTRO UF: PR   |            |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:  |   |  | 09/04/2021  |   |            |
| CONSULTOR(A):  | MATHEUS   |  | CHAMADO:  | SAD173685236446   |            |
| 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 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 ANTENDER <input type="checkbox"/> |   |            |
| OUTRO MOTIVO:  |   |  |   |   |            |
| AGENDA CHEIA E HORARIO REDUZIDO  |   |  |   |   |            |
| 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 checked="" type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input checked="" type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H<br><input type="checkbox"/> ENDODONTIA <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL<br><input type="checkbox"/> PERIODONTIA <input type="checkbox"/> ORTODONTIA<br><input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA<br><input checked="" type="checkbox"/> DENTISTICA <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA |   |  |   |   |            |
| OUTRAS AREAS:  |   |  |   |   |            |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS   |   |  |   |   |            |
| ESTÁ COM HORARIO REDUZIDO DEVIDO A FÉRIAS DOS FILHOS.  |   |  |   |   |            |
| SUBSTITUIÇÕES  |   |  |   |   |            |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:  | <input type="checkbox"/> SIM                        | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                  |   |   |            |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?   |   |  |   |   |            |
| ÁREA   |   |  |   |   |            |
| ÁREA   |   |  |   |   |            |
| ÁREA   |   |  |   |   |            |
| APROVAÇÃO  |   |  |   |   |            |
| -----<br>KELLY CRISTINA<br>ADMNISTRATIVO   |   | -----<br>POLIANA ANDRADE SILVA<br>GESTORA GESTAO DE REDE |   | -----<br>MAYKON W. DAL'NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |            |