

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO															
NOME DA CLINICA:		GEOVANA FERREIRA LOURENCO													
CNPJ/CPF:	11001415965	NOME RESP. TEC.	GEOVANA FERREIRA LOURENCO		CRO: 33175										
CIDADE: BOCAIUVA DO SUL		BAIRRO:	CENTRO		UF: PR										
DATA DO CREDENCIAMENTO:		06/03/2023													
CONSULTOR(A): GUSTAVO HENRIQUE FERREIRA			CHAMADO:		SAD172477940590										
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"/>	DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/>	SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER <input type="checkbox"/>												
OUTRO MOTIVO: DRA. AFIRMA NÃO TER HABILIDADE PARA REALIZAR OS ATENDIMENTOS															
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 checked="" type="checkbox"/>												
ÁREA A SER REMOVIDA															
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</td> <td><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA</td> <td><input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PERIODONTIA</td> <td><input type="checkbox"/> ORTODONTIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</td> <td><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DENTISTICA</td> <td><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</td> </tr> </table>						<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
<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 AREAS:															
INFORMAÇÕES ADICIONAIS															
Conforme protocolo, entramos em contato com a Dra, e a mesma afirmou não ter muita habilidade com a área e optou em solicitar a remoção da área de ENDODONTIA.															
SUBSTITUIÇÕES															
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:		<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO												
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?															
ÁREA															
ÁREA															
ÁREA															
APROVAÇÃO															
KELLY CRISTINA ADMNISTRATIVO		POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE		MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO											