

**REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO**

|                         |                                                                                     |                        |                        |                    |      |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|------|
| NOME DA CLINICA:        |                                                                                     | EDWARD BERNARDI JUNIOR |                        |                    |      |
| CNPJ/CPF:               | 30712050906                                                                         | NOME RESP. TEC.        | EDWARD BERNARDI JUNIOR | CRO:               | 3944 |
| CIDADE:                 | CAMPO MOURAO                                                                        | BAIRRO:                | CENTRO                 | UF:                | PR   |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: |                                                                                     | 12/05/2022             |                        |                    |      |
| CONSULTOR(A):           |                                                                                     | MATHEUS VIEIRA         | CHAMADO:               | SAD1711557012      |      |
| 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 checked="" type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO | MOEDA: | ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT | 0,4 |
|                                    |                                                                         |        | ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT | 0,6 |

**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"/> |
| OBSERVAÇÃO:                      |                                 | Doutor atende somente URGÊNCIA ELETIVA.          |                                               |                                           |

**ORIENTAÇÃO**

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

**ESPECIALIDADE**

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

**ÁREA A SER REMOVIDA**

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

**INFORMAÇÕES**

Doutor não é divulgado como urgência e emergência, somente cadastrado urgência eletiva como não conseguimos reajustar pediu para retirar.

**SUBSTITUIÇÕES**

|                            |                                                           |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------|
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:      | <input type="checkbox"/> SIM <input 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