

**REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO**

|                                                                                     |                |                          |                         |                 |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|-------------------------|-----------------|--------|
| NOME DA CLINICA:                                                                    |                | UNA CLINICA ODONTOLOGICA |                         |                 |        |
| CNPJ/CPF:                                                                           | 50834180000185 | NOME RESP. TEC.          | LAISE DE LIMA GONCALVES | CRO:            | 154643 |
| CIDADE:                                                                             | OSASCO         | BAIRRO:                  | CENTRO                  | UF:             | SP     |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                             |                | 28/06/2023               |                         |                 |        |
| CONSULTOR(A):                                                                       |                | MATHEUS VIEIRA           | CHAMADO:                | SAD170681966550 |        |
| QUAL REDE?                                                                          |                |                          | MULTIPLICADOR: 0,3      |                 |        |
| <input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE |                |                          |                         |                 |        |

**ATO DIFERENCIADO NA ÁREA**

|                                    |                                                                         |          |                               |  |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------|--|
| POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA? | <input type="checkbox"/> SIM<br><input checked="" type="checkbox"/> NÃO | MOEDA: 0 | ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT |  |
|                                    |                                                                         |          | ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT |  |

**MOTIVO DA REMOÇÃO DA ÁREA**

|                                                                                                                                 |                                 |                                                  |                                               |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| VALORES <input checked="" 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: A clinica não possui estrutura para atender idosos e o caso da protese é questão de valores sem direito a reajuste. |                                 |                                                  |                                               |                                           |

**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 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 checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA | <input checked="" type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA  |
| <input type="checkbox"/> DENTISTICA                  | <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA            |

**INFORMAÇÕES**

ÁREA A SER REMOVIDA: PROTESE DENTARIA E ODONTOGERIATRIA.

**SUBSTITUIÇÕES**

|                            |                                                                      |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:      | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO? |                                                                      |
| ÁREA                       |                                                                      |
| ÁREA                       |                                                                      |
| ÁREA                       |                                                                      |

**APROVAÇÃO**

|                                                          |                                                          |                                                           |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| _____<br>RAQUEL BORBA<br>DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE | _____<br>POLIANA ANDRADE SILVA<br>GESTORA GESTAO DE REDE | _____<br>MAYKON W. DAL'NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|