

<b>REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO</b>					
NOME DA CLINICA:		KS CLINICA ODONTOLOGICA			
CNPJ/CPF:	57270278000104	NOME RESP. TEC.	KARINA TEREZINHA DA SILVA BALANGA		CRO: 22650
CIDADE:	FLORIANOPOLIS	BAIRRO:	ESTREIRO		UF: SC
DATA DO CREDENCIAMENTO:		29/10/2024			
CONSULTOR(A): JESSICA PACHECO			CHAMADO:	SAD173815976553	
QUAL REDE?	<input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE		MULTIPLICADOR: 0,3		
<b>ATO DIFERENCIADO NA ÁREA</b>					
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA?		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	MOEDA BASE:	ATO DIFERENCIADO	
<b>MOTIVO DA REMOÇÃO DA AREA</b>					
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 checked="" type="checkbox"/>		
OUTRO MOTIVO:					
<b>ORIENTAÇÃO</b>					
ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>		DATA INCIO:		DATA FINAL:	
<b>ESPECIALIDADE</b>					
A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA			SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>ÁREA A SER REMOVIDA</b>					
<input type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA <input type="checkbox"/> PERIODONTIA <input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> DENTISTICA  (x) <b>Implantodontia</b>					
OUTRAS ÁREAS:					
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</b>					
<b>Solicito remoção para remover ENDODONTIA, IMPLANTODONTIA E PROTESE DENTÁRIA da divulgação da clinica, pois Dra informa que essas áreas outros profissionais que atuam lá que realizam, porém eles não estão no corpo clinico, atendem somente por particular.</b>					
<b>SUBSTITUIÇÕES</b>					
SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?					
ÁREA	ÁREA	ÁREA	ÁREA	ÁREA	ÁREA
<b>APROVAÇÃO</b>					
KELLY CRISTINA ADMINISTRATIVO		POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE		MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO	