

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|
| NOME DA CLINICA: | | SDI ODONTOLOGIA | | | |
| CNPJ/CPF: | 4142380958 | NOME RESP. TEC. | GUSTAVO TREVISAN TORTELLA | CRO: | 30934 |
| CIDADE: | SARANDI | BAIRRO: | NOVO PANORAMA | UF: | PR |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: | | 20/10/2023 | | | |
| CONSULTOR(A): KETLIN CANDIDO SOARES | | | CHAMADO: | SAD172294700351 | |
| 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 ÁREA | | | | | |
| VALORES | <input checked="" type="checkbox"/> | GLOSAS | <input type="checkbox"/> | BUROCRACIA DA OPERADORA | <input type="checkbox"/> |
| | | | | REMOÇÃO DE PRESTADOR | <input type="checkbox"/> |
| NÃO TRABALHA COM A AREA | | <input type="checkbox"/> | DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | SEM PROFISSIONAL PARA ANTEND | |
| OUTRO MOTIVO: | | | | | |
| 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 |
| ÁREA A SER REMOVIDA | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <input type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGÉNCIA 24H <input type="checkbox"/> ENDODONTIA <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL <input type="checkbox"/> PERIODONTIA <input checked="" type="checkbox"/> ORTODONTIA <input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA <input type="checkbox"/> DENTISTICA <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA </div> | | | | | |
| OUTRAS ÁREAS: | | | | | |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS | | | | | |
| REMOVER AS ÁREAS ACIMA DA CLINICA SDI ODONTOLOGIA | | | | | |
| SUBSTITUIÇÕES | | | | | |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA: | | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO? | | | | | |
| ÁREA | CLINICA GERAL | Dra. LUCIANA MACHIAVELLI DE ANDRADE | | | |
| ÁREA | | | | | |
| ÁREA | | | | | |
| APROVAÇÃO | | | | | |
| KELLY CRISTINA ADMNISTRATIVO | | POLIANA ANDRADE SILVA GESTORA GESTAO DE REDE | | MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO | |