

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| NOME DA CLINICA: | LARISSA R MENDES CONSULTORIO ODONTOLOGICO | | | | |
| CNPJ/CPF: | 48291498000115 | NOME RESP. TEC. | LARISSA DE REZENDE MENDES | | CRO: 6936 |
| CIDADE: | CAMPO GRANDE | | BAIRRO: | MONTE CASTELO | |
| UF: MS | | | | | |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: 29/08/2024 | | | | | |
| CONSULTOR(A): MATHEUS | | | CHAMADO: | SAD174057753431 | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> | DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> | SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER <input type="checkbox"/> | | | |
| 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 <input 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 checked="" type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA | | | | | |
| OUTRAS AREAS: | | | | | |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS | | | | | |
| URGENCIA ELETIVA | | | | | |
| SUBSTITUIÇÕES | | | | | |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA: | | <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO? | | | | | |
| ÁREA | ÁREA | ÁREA | ÁREA | ÁREA | ÁREA |
| APROVAÇÃO | | | | | |
| ----- KELLY CRISTINA ADMINISTRATIVO | | ----- ADRIANO RICARDO ROCHA GESTAO DE REDE | | ----- MAYKON W. DAL'NEGRO SUPERVISÃO RELACIONAMENTO | |