

**REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO**

|                         |                                                                                     |                               |                    |                 |      |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------|------|
| NOME DA CLINICA:        |                                                                                     | VIVIANE SAMER DA SILVA CORREA |                    |                 |      |
| CNPJ/CPF:               | 70813213215                                                                         | NOME RESP. TEC.               | ORTODENT'S         | CRO:            | 7952 |
| CIDADE:                 | BRASILIA                                                                            | BAIRRO:                       | SETOR LESTE        | UF:             | DF   |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: |                                                                                     | 28/04/2023                    |                    |                 |      |
| CONSULTOR(A):           |                                                                                     | KETLIN CANDIDO SOARES         | CHAMADO:           | SAD171951555111 |      |
| 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<br><input checked="" type="checkbox"/> NÃO | MOEDA BASE: | ATO DIFERENCIADO |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|

**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"/> |
| NÃO TRABALHA COM A ÁREA <input checked="" type="checkbox"/> | DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> | SEM PROFISSIONAL PARA ATENDER <input type="checkbox"/> |                                               |                                           |

OUTRO MOTIVO:

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

OUTRAS AREAS:

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

REMOVER A ÁREA ACIMA DA DRA. VIVIANE SAMER DA SILVA CORREA CRO 7952.

**SUBSTITUIÇÕES**

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

QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?

ÁREA

ÁREA

ÁREA

**APROVAÇÃO**

 \_\_\_\_\_  
 KELLY CRISTINA  
 ADMINISTRATIVO

 \_\_\_\_\_  
 POLIANA ANDRADE SILVA  
 GESTORA GESTAO DE REDE

 \_\_\_\_\_  
 MAYKON W. DAL'NEGRO  
 SUPERVISÃO RELACIONAMENTO