

REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO

NOME DA CLINICA:		SIMONE MENDES TAVARES			
CNPJ/CPF:	046.089.276-20	NOME RESP. TEC.	SIMONE MENDES TAVARES	CRO:	44305
CIDADE:	BELO HORIZONTE	BAIRRO:	CENTRO	UF:	MG
DATA DO CREDENCIAMENTO:		13/03/2023			
CONSULTOR(A):		MATHEUS VIEIRA	CHAMADO:	SAD17198543154	
QUAL REDE?	☐ DENTAL UNI ☒ ODONTO LIFE		MULTIPLICADOR: 0,3		

ATO DIFERENCIADO NA ÁREA

POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA?	☐ SIM ☒ NÃO	MOEDA BASE:	ATO DIFERENCIADO
------------------------------------	---	-------------	------------------

MOTIVO DA REMOÇÃO DA ÁREA

VALORES ☐	GLOSAS ☐	BUROCRACIA DA OPERADORA ☐	REMOÇÃO DE PRESTADOR ☐	FALTA DE SUPORTE ☐
NÃO TRABALHA COM A ÁREA ☐	DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO ☐	SEM PROFISSIONAL PARA ATEND ☐		
OUTRO MOTIVO				

ORIENTAÇÃO

ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS ☐	DATA INICIO:	DATA FINAL:
---	--------------	-------------

ESPECIALIDADE

A ÁREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA	SIM ☐	NÃO ☒
---	------------------------------	---

ÁREA A SER REMOVIDA

☐ CLINICO GERAL	☐ URGENCIA E EMERGENCIA 24H
☐ ENDODONTIA	☐ CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL
☐ PERIODONTIA	☐ ORTODONTIA
☐ PROTESE DENTÁRIA	☐ ODONTGERIATRIA
☐ DENTISTICA	☒ ODONTOPEDIATRIA

OUTRAS AREAS:

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Folha de rosto preenchida anteriormente porém esquecido de mencionar as áreas acima.

SUBSTITUIÇÕES

SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:	☐ SIM ☒ 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