

**REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO**

|                         |                                                                                     |                 |                      |          |                    |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|----------|--------------------|
| NOME DA CLINICA:        |                                                                                     | DENTAL SLIM     |                      |          |                    |
| CNPJ/CPF:               | 39326698000256                                                                      | NOME RESP. TEC. | ELISSON CUNHA CASTRO |          | CRO: 6008          |
| CIDADE:                 | NATAL                                                                               | BAIRRO:         | ALECRIM              |          | UF: RN             |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: |                                                                                     | 04/05/2021      |                      |          |                    |
| CONSULTOR(A):           |                                                                                     | MATHEUS VIEIRA  |                      | CHAMADO: | SAD171940675062    |
| QUAL REDE?              | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE |                 |                      |          | MULTIPLICADOR: 0,4 |

**ATO DIFERENCIADO NA ÁREA**

|                                    |                                                              |             |                  |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------|------------------|
| POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA? | <input type="checkbox"/> SIM<br><input 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 type="checkbox"/> | DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> | SEM PROFISSIONAL PARA ATENDER <input checked="" 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 checked="" 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 type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA            |

OUTRAS ÁREAS:

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

Temporariamente, em breve irão entrar em contato via PROTOCOLO para reativar área quando estiverem com o profissional para atender área.

**SUBSTITUIÇÕES**

|                            |                                                                      |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:      | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO? |                                                                      |
| ÁREA                       |                                                                      |
| ÁREA                       |                                                                      |
| ÁREA                       |                                                                      |

**APROVAÇÃO**

 RAQUEL BORBA  
 DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE

 POLIANA ANDRADE SILVA  
 GESTORA GESTAO DE REDE

 MAYKON W. DAL'NEGRO  
 SUPERVISÃO RELACIONAMENTO