

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | ANDRESSA MOLEZINNE                                                   |                                         |                                                           |                  |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 43907052889 | NOME RESP. TEC.                                                      | ANDRESSA MOLEZINNE                      | CRO:                                                      | 119583           |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | BARRETOS    | BAIRRO:                                                              | JARDIM ALVORADA                         | UF:                                                       | SP               |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             | 30/09/2019                                                           |                                         |                                                           |                  |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             | MATHEUS VIEIRA                                                       | CHAMADO:                                | SAD172002178367                                           |                  |
| 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 type="checkbox"/> DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> SEM PROFISSIONAL PARA ATEND <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
| OUTRO MOTIVO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             | Erro no cadastro, assinalou incorretamente a área.                   |                                         |                                                           |                  |
| 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 checked="" type="checkbox"/> |                                                           |                  |
| ÁREA A SER REMOVIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
| <div><div><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</div><div><input type="checkbox"/> ENDODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> PERIODONTIA</div><div><input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</div><div><input type="checkbox"/> DENTISTICA</div><div><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H</div><div><input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL</div><div><input type="checkbox"/> ORTODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</div><div><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</div></div> |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
| OUTRAS AREAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
| SUBSTITUIÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |                                         |                                                           |                  |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
| APROVAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                                      |                                         |                                                           |                  |
| -----<br>KELLY CRISTINA<br>ADMNISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | -----<br>POLIANA ANDRADE SILVA<br>GESTORA GESTAO DE REDE             |                                         | -----<br>MAYKON W. DAL'NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |                  |