

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                         |                                     |                  |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|------------------|-------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             | CAMILA LUIZA VITORIA VILLON SANTANA     |                                     |                  |       |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 12133985689 | NOME RESP. TEC.                         | CAMILA LUIZA VITORIA VILLON SANTANA | CRO:             | 70269 |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | DIVINOPOLIS | BAIRRO:                                 | CENTRO                              | UF:              | MG    |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | 07/03/2024                              |                                     |                  |       |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             | KETLIN CANDIDO SOARES                   | CHAMADO:                            | SAD172070684744  |       |
| 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 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 ATEND <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                                         |                                     |                  |       |
| OUTRO MOTIVO: Falta do localizador apical.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                         |                                     |                  |       |
| ORIENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                         |                                     |                  |       |
| ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             | DATA INCIO:                             |                                     | DATA FINAL:      |       |
| ESPECIALIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                         |                                     |                  |       |
| A ÁREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                         |                                     |                  |       |
| ÁREA A SER REMOVIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                         |                                     |                  |       |
| <div><div><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</div><div><input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> PERIODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</div><div><input type="checkbox"/> DENTISTICA</div></div> <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> |             |                                         |                                     |                  |       |