

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                                                              |                              |                                                           |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     | R.J. ODONTOLOGIA LTDA                                                        |                              |                                                           |        |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 42865265000100                                                                      | NOME RESP. TEC.                                                              | RAISSA JORGE RELVAS          | CRO:                                                      | 108570 |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | BAURU                                                                               | BAIRRO:                                                                      | VILA REGINA                  | UF:                                                       | SP     |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     | 07/10/2022                                                                   |                              |                                                           |        |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     | MATHEUS                                                                      | CHAMADO:                     | SAD173634590062                                           |        |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> NÃO         | MOEDA BASE:                  | ATO DIFERENCIADO                                          |        |
| 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"/><br>NÃO TRABALHA COM A AREA <input checked="" type="checkbox"/> DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> SEM PROFISSIONAL PARA ATENDER <input type="checkbox"/><br>OUTRO MOTIVO:                                                                                                 |                                                                                     |                                                                              |                              |                                                           |        |
| 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 type="checkbox"/> |                                                           |        |
| ÁREA A SER REMOVIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |                                                                              |                              |                                                           |        |
| <div><div><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL<br/><input type="checkbox"/> ENDODONTIA<br/><input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA<br/><input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA<br/><input type="checkbox"/> DENTISTICA</div><div><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H<br/><input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL<br/><input type="checkbox"/> ORTODONTIA<br/><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA<br/><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</div></div> |                                                                                     |                                                                              |                              |                                                           |        |
| OUTRAS AREAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     | Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, Estomatologia, Patologia bucal. |                              |                                                           |        |
| 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 |        |