

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO  |                |  |                            |   |                  |
|--|----------------|--|----------------------------|---|------------------|
| NOME DA CLINICA:   |                | ODONTOCLINICAS CAVALCANTE  |                            |   |                  |
| CNPJ/CPF:  | 41257786000104 | NOME RESP. TEC.  | FELIPE DA SILVA CAVALCANTE | CRO:  | 7370             |
| CIDADE:  | SÃO LUIZ       | BAIRRO:  | COHAMA                     | UF:   | MA               |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:  |                | 04/09/2024   |                            |   |                  |
| CONSULTOR(A):  |                | JESSICA PACHECO  | CHAMADO:                   | SAD1732283139   |                  |
| 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 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 checked="" type="checkbox"/> DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> SEM PROFISSIONAL PARA ATENDER <input type="checkbox"/>   |                |  |                            |   |                  |
| OUTRO MOTIVO:  |                |  |                            |   |                  |
| 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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> ORTODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</div><div><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</div></div> |                |  |                            |   |                  |
| OUTRAS ÁREAS:  |                |  |                            |   |                  |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS   |                |  |                            |   |                  |
| DESEJA REMOVER DEVIDO A VALORES , POIS NÃO POSSUI DIREITO AO REAJUSTE. E POR MOTIVO DOS BENEFICIÁRIOS NÃO ACEITAREM QUE ELE NÃO REALIZE TODOS OS PROCEDIMENTOS DA AREAS EM QUESTÃO PELO PLANO CAUSANDO CONFUSÃO.   |                |  |                            |   |                  |
| 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 |                  |