

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                                                      |                         |                                                  |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------|--------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                | ANA LUIZA MATOS GRANATO                                              |                         |                                                  |        |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 30151669805    | NOME RESP. TEC.                                                      | ANA LUIZA MATOS GRANATO | CRO:                                             | 158442 |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | RIBEIRAO PRETO | BAIRRO:                                                              | CENTRO                  | UF:                                              | SP     |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | 24/11/2023                                                           |                         |                                                  |        |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                | KETLIN CANDIDO SOARES                                                | CHAMADO:                | SAD172046550893                                  |        |
| 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"/><br>NÃO TRABALHA COM A AREA <input checked="" type="checkbox"/> DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> SEM PROFISSIONAL PARA ATEND <input type="checkbox"/><br>OUTRO MOTIVO: Não realiza procedimentos TEMPORO-MANDIBULAR.                                                                                          |                |                                                                      |                         |                                                  |        |
| 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 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                | DISFUNÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR E DOR-OROFACIAL                         |                         |                                                  |        |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |                                                                      |                         |                                                  |        |
| REMOVER A ÁREA ACIMA DA DRA. ANA LUIZA MATOS GRANATO CRO 158442                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                                                      |                         |                                                  |        |
| SUBSTITUIÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                                                      |                         |                                                  |        |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |                         |                                                  |        |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                      |                         |                                                  |        |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                                                                      |                         |                                                  |        |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                                                                      |                         |                                                  |        |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                                                                      |                         |                                                  |        |
| APROVAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                                      |                         |                                                  |        |
| KELLY CRISTINA<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                | POLIANA ANDRADE SILVA<br>GESTORA GESTAO DE REDE                      |                         | MAYKON W. DAL'NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |        |