

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                                                      |                                                                                     |                                                           |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                | ODONTO MONTERA CLINICA ODONTOLOGICA                                  |                                                                                     |                                                           |                 |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 28206955000119 | NOME RESP. TEC.                                                      | GUSTAVO GABRIEL MONTERA                                                             | CRO:                                                      | 106095          |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PRAIA GRANDE   | BAIRRO:                                                              | BOQUEIRAO                                                                           | UF:                                                       | SP              |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | 26/09/2017                                                           |                                                                                     |                                                           |                 |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                                                      | MATHEUS VIEIRA                                                                      | CHAMADO:                                                  | SAD172297589111 |
| QUAL REDE?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                      | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE |                                                           |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                                                      | MULTIPLICADOR: 0,35                                                                 |                                                           |                 |
| 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 checked="" type="checkbox"/> DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> SEM PROFISSIONAL PARA ATEND <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                                                                      |                                                                                     |                                                           |                 |
| 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</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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                | IMPLANTODONTIA                                                       |                                                                                     |                                                           |                 |
| 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 |                 |