

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                                                      |                              |                                                           |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     | CLINICA FIGUEIRAS                                                    |                              |                                                           |        |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 44702059000105                                                                      | NOME RESP. TEC.                                                      | JOSE EDGAR VALDIVIA CARDENAS | CRO:                                                      | 106307 |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SAO JOSE DOS CAMPOS                                                                 | BAIRRO:                                                              | JARDIM SAO DIMAS             | UF:                                                       | SP     |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     | 06/12/2023                                                           |                              |                                                           |        |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     | MATHEUS                                                              | CHAMADO:                     | SAD174041710028                                           |        |
| 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"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |                                                                      |                              |                                                           |        |
| NÃO TRABALHA COM A AREA <input checked="" type="checkbox"/> DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER <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 checked="" type="checkbox"/> ORTODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</div><div><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</div></div> |                                                                                     |                                                                      |                              |                                                           |        |
| OUTRAS AREAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                      |                              |                                                           |        |
| 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>ADRIANO RICARDO ROCHA<br>GESTAO DE REDE                     |                              | -----<br>MAYKON W. DAL'NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |        |