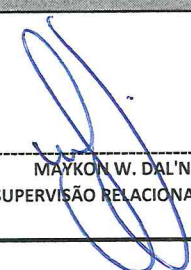


| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     | JULIANA FURTADO                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2800625678                                                                          | NOME RESP. TEC.                                                         | JULIANA FURTADO                               | CRO:                                                                                                                                      | 3411 |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | GUARAPARI                                                                           | BAIRRO:                                                                 | CENTRO                                        | UF:                                                                                                                                       | ES   |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     | 17/10/2023                                                              |                                               |                                                                                                                                           |      |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                     | JESSICA PACHECO                                                         | CHAMADO:                                      | SAD171379860527                                                                                                                           |      |
| 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<br><input checked="" type="checkbox"/> NÃO | MOEDA:                                        | ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT<br>ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT                                                                            |      |
| MOTIVO DA REMOÇÃO DA ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| VALORES <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | GLOSAS <input type="checkbox"/>                                                     | BUROCRACIA DA OPERADORA <input type="checkbox"/>                        | REMOÇÃO DE PRESTADOR <input type="checkbox"/> | FALTA DE SUPORTE <input type="checkbox"/>                                                                                                 |      |
| OBSERVAÇÃO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| ORIENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     | DATA INICIO:                                                            |                                               | DATA FINAL:                                                                                                                               |      |
| ESPECIALIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| A ÁREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>               |                                               |                                                                                                                                           |      |
| ÁREA A SER REMOVIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> CLINICO GERAL<br/> <input type="checkbox"/> ENDODONTIA<br/> <input type="checkbox"/> PERIODONTIA<br/> <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA<br/> <input type="checkbox"/> DENTISTICA         </div> <div style="width: 45%;"> <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> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(x) IMPLANTODONTIA</p> |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| INFORMAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| Doutora informa que não atende a área devido o plano não cobrir os procedimentos, então realiza apenas pelo particular.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| SUBSTITUIÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| APROVAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                                         |                                               |                                                                                                                                           |      |
| RAQUEL BORBA<br>DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     | POLIANA ANDRADE SILVA<br>GESTORA GESTAO DE REDE                         |                                               | <br>MAYKON W. DAL'NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |      |