

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO  |   |  |                              |   |       |
|--|---|--|------------------------------|---|-------|
| NOME DA CLINICA:   |   | DENT'S ODONTOLOGIA PREVENTIVA  |                              |   |       |
| CNPJ/CPF:  | 8328555000250   | NOME RESP. TEC.  | ANA MARIA CORREA             | CRO:  | 18655 |
| CIDADE:  | JOINVILLE   | BAIRRO:  | ZONA INDUSTRIAL NORTE        | UF:   | SC    |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:  |   | 17/05/2021   |                              |   |       |
| CONSULTOR(A):  |   | MATHEUS V  | CHAMADO:                     | SAD173875518655   |       |
| 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 type="checkbox"/> DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER <input checked="" 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 checked="" 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:  |   |  |                              |   |       |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS   |   |  |                              |   |       |
| DE TODA A CLINICA  |   |  |                              |   |       |
| 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 |       |