

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                      |                              |                                                           |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|
| NOME DA CLÍNICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | GUSTAVO ARAUJO MIGUEL                                                |                              |                                                           |        |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 48138216859 | NOME RESP. TEC.                                                      | GUSTAVO ARAUJO MIGUEL        | CRO:                                                      | 154185 |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | GUARUJA     | BAIRRO:                                                              | PITANGUEIRAS                 | UF:                                                       | SP     |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             | 31/07/2023                                                           |                              |                                                           |        |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | LUCAS LENNON DOS SANTOS                                              | CHAMADO:                     | SAD170713194453                                           |        |
| 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:                       | ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT                             |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                              |                              | 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: NÃO REALIZA PRÓTESE DENTÁRIA PELO VALOR PAGO E NÃO REALIZA CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA DEVIDO A COMPLEXIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                                                      |                              |                                                           |        |
| 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 checked="" type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA<br/> <input type="checkbox"/> DENTISTICA               </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H<br/> <input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL<br/> <input type="checkbox"/> ORTODONTIA<br/> <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA<br/> <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA               </div> </div> |             |                                                                      |                              |                                                           |        |
| INFORMAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                                      |                              |                                                           |        |
| ÁREAS A SEREM REMOVIDAS PRÓTESE DENTÁRIA E CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                                      |                              |                                                           |        |
| SUBSTITUIÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                      |                              |                                                           |        |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |                              |                                                           |        |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                                      |                              |                                                           |        |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                                      |                              |                                                           |        |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                                      |                              |                                                           |        |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                                      |                              |                                                           |        |
| APROVAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                      |                              |                                                           |        |
| _____<br>RAQUEL BORBA<br>DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             | _____<br>AGATA GOMES<br>COORDENAÇÃO GESTAO DE REDE                   |                              | _____<br>MAYKON W. DAL'NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |        |