

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                     |                                                 |                                                  |  |                                                                                                                                           |  |                                           |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|-------|
| NOME DA CLÍNICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             | BRUNO CESAR PERCIO QUINAIA                                                          |                                                 |                                                  |  |                                                                                                                                           |  |                                           |       |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 10170671984 | NOME RESP. TEC.                                                                     |                                                 | BRUNO CESAR PERCIO QUINAIA                       |  |                                                                                                                                           |  | CRO:                                      | 31654 |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | GUARAPUAVA  | BAIRRO:                                                                             |                                                 | BATEL                                            |  |                                                                                                                                           |  | UF:                                       | PR    |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | 21/09/2021                                                                          |                                                 |                                                  |  |                                                                                                                                           |  |                                           |       |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             | KETLIN CANDIDO SOARES                                                               |                                                 |                                                  |  | CHAMADO:                                                                                                                                  |  | SAD171388065015                           |       |
| QUAL REDE?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE |                                                 |                                                  |  | MULTIPLICADOR:                                                                                                                            |  | 0,4                                       |       |
| ATO DIFERENCIADO NA ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                                                     |                                                 |                                                  |  |                                                                                                                                           |  |                                           |       |
| POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                |                                                 | MOEDA:                                           |  | ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT                                                                                                             |  |                                           |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                                                                     |                                                 |                                                  |  | 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 optou pelo reajuste                                                             |                                                 |                                                  |  |                                                                                                                                           |  |                                           |       |
| 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 checked="" type="checkbox"/>          |  |                                                                                                                                           |  |                                           |       |
| ÁREA A SER REMOVIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                                                     |                                                 |                                                  |  |                                                                                                                                           |  |                                           |       |
| <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> CLINICO GERAL         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> ENDODONTIA         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> PERIODONTIA         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> ORTODONTIA         </div> <div style="width: 50%;"> <input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> DENTISTICA         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA         </div> </div> |             |                                                                                     |                                                 |                                                  |  |                                                                                                                                           |  |                                           |       |
| INFORMAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                                                     |                                                 |                                                  |  |                                                                                                                                           |  |                                           |       |
| REMOVER A ÁREA ACIMA DO DR. BRUNO CESAR PERCIO QUINAIA CRO 31654.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                                                     |                                                 |                                                  |  |                                                                                                                                           |  |                                           |       |
| SUBSTITUIÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                                                     |                                                 |                                                  |  |                                                                                                                                           |  |                                           |       |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" 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 |  |                                           |       |