

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     |                                                                      |                          |                                                           |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     | AZ ODONTOLOGIA INTEGRADA                                             |                          |                                                           |      |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 49721108000162                                                                      | NOME RESP. TEC.                                                      | ANA PAULA POLEZE SEGATTO | CRO:                                                      | 9294 |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | COLATINA CENTRO                                                                     | BAIRRO:                                                              | CENTRO                   | UF:                                                       | ES   |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     | 27/04/2023                                                           |                          |                                                           |      |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     | MATHEUS VIEIRA                                                       | CHAMADO:                 | SAD173437177869                                           |      |
| QUAL REDE?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE |                                                                      | MULTIPLICADOR:           |                                                           |      |
| ATO DIFERENCIADO NA ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                      |                          |                                                           |      |
| POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO            | MOEDA BASE:              | ATO DIFERENCIADO                                          |      |
| MOTIVO DA REMOÇÃO DA ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                      |                          |                                                           |      |
| 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"/><br>NÃO TRABALHA COM A ÁREA <input type="checkbox"/> DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> SEM PROFISSIONAL PARA ATENDER <input type="checkbox"/><br>OUTRO MOTIVO:                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                      |                          |                                                           |      |
| 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><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 checked="" type="checkbox"/> DENTISTICA</div><div><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H</div><div><input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL</div><div><input type="checkbox"/> ORTODONTIA</div><div><input checked="" type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</div><div><input checked="" type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</div></div> |                                                                                     |                                                                      |                          |                                                           |      |
| OUTRAS ÁREAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     | ODONTOLOGIA PNE.                                                     |                          |                                                           |      |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                      |                          |                                                           |      |
| REMOVER ÁREAS DA PRESTADORA DRA. CATERINA MILOTTI GONCALVES CRO 9283                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                      |                          |                                                           |      |
| 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 |      |