

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                                                     |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                | NICOLE OLIVEIRA CAZE                                                                |                                                                       |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 381.372.858-73 | NOME RESP. TEC.                                                                     | NICOLE OLIVEIRA CAZE                                                  |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | BARUERI        | BAIRRO:                                                                             | ALPHAVILLE CENTRO INDUSTRIAL E EMPRESARIAL/ALPHAVILLE                 |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                | 11/03/2024                                                                          |                                                                       |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | MATHEUS VIEIRA                                                                      | CHAMADO: SAD171086706295                                              |
| 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: ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT<br>ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT |
| 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"/>                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                                                                                     |                                                                       |
| OBSERVAÇÃO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                | Doutora diz que não compensa, credenciada recentemente.                             |                                                                       |
| 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><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H<br/><input type="checkbox"/> ENDODONTIA <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL<br/><input type="checkbox"/> PERIODONTIA <input type="checkbox"/> ORTODONTIA<br/><input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA<br/><input type="checkbox"/> DENTISTICA <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</div> |                |                                                                                     |                                                                       |
| INFORMAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                                                                                     |                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                                                     |                                                                       |
| 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                                     |                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                | MAYKON W. DAL'NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO                                    |                                                                       |