

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO   |   |  |                                   |   |       |
|---|---|--|-----------------------------------|---|-------|
| NOME DA CLINICA:  |   | DANIELLY RIBEIRO DOS SANTOS LEMOS                                    |                                   |   |       |
| CNPJ/CPF:   | SAD173039353678   | NOME RESP. TEC.  | DANIELLY RIBEIRO DOS SANTOS LEMOS | CRO:  | 70606 |
| CIDADE:   | UBERABA   | BAIRRO:  | CENTRO                            | UF:   | MG    |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:   |   | 11/10/2024   |                                   |   |       |
| CONSULTOR(A):   |   | MATHEUS  | CHAMADO:                          | SAD173039353678   |       |
| 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 AREA   |   |  |                                   |   |       |
| VALORES <input type="checkbox"/> GLOSAS <input type="checkbox"/> BUROCRACIA DA OPERADORA <input type="checkbox"/> REMOÇÃO DE PRESTADOR <input type="checkbox"/> FALTA DE SUPORTE <input type="checkbox"/>   |   |  |                                   |   |       |
| NÃO TRABALHA COM A AREA <input checked="" type="checkbox"/> DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER <input type="checkbox"/>   |   |  |                                   |   |       |
| OUTRO MOTIVO:   |   |  |                                   |   |       |
| ORIENTAÇÃO  |   |  |                                   |   |       |
| ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>   |   | DATA INCIO:  |                                   | DATA FINAL:   |       |
| ESPECIALIDADE   |   |  |                                   |   |       |
| A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA   |   | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |   |       |
| ÁREA A SER REMOVIDA   |   |  |                                   |   |       |
| <div><div><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</div><div><input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> PERIODONTIA</div><div><input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</div><div><input type="checkbox"/> DENTISTICA</div><div><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H</div><div><input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL</div><div><input type="checkbox"/> ORTODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</div><div><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</div></div> |   |  |                                   |   |       |
| OUTRAS AREAS:   |   |  |                                   |   |       |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS  |   |  |                                   |   |       |
| NÃO IRÁ MAIS TRABALHAR COM AS ÁREAS.  |   |  |                                   |   |       |
| 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 |       |