

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                              |                            |                  |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------|-------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     | LUMIERE                      |                            |                  |       |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 41147740000132                                                                      | NOME RESP. TEC.              | ANA LUIZA MESQUITA NEIMANN | CRO:             | 28360 |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TELEMACO BORBA                                                                      | BAIRRO:                      | CENTRO                     | UF:              | PR    |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     | 23/05/2024                   |                            |                  |       |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                     | MATHEUS                      | CHAMADO:                   | SAD173271378257  |       |
| 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 BASE:                | ATO DIFERENCIADO |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     | <input type="checkbox"/> NÃO |                            |                  |       |
| 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 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 type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</div><div><input 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 type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</div><div><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</div></div> |                                                                                     |                              |                            |                  |       |
| OUTRAS AREAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                     |                              |                            |                  |       |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     |                              |                            |                  |       |
| REMOVER ÁREAS DA PRESTADORA: KAREN PATRICIA SILVA DE OLIVEIRA CRO 34013 É SOMENTE CLINICO GERAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     |                              |                            |                  |       |
| SUBSTITUIÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                     |                              |                            |                  |       |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                              |                            |                  |       |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                              |                            |                  |       |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |                              |                            |                  |       |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |                              |                            |                  |       |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |                              |                            |                  |       |
| APROVAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                              |                            |                  |       |
| <div><div>KELLY CRISTINA<br/>ADMNISTRATIVO</div><div>POLIANA ANDRADE SILVA<br/>GESTORA GESTAO DE REDE</div><div>MAYKON W. DAL'NEGRO<br/>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                     |                              |                            |                  |       |