

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                         |                               |                                                           |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     | LUCAS BERONI BLOIS MAIA SOUZA                                           |                               |                                                           |                               |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     | NOME RESP. TEC.                                                         | LUCAS BERONI BLOIS MAIA SOUZA | CRO:                                                      | 17923                         |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ITAJAI                                                                              | BAIRRO:                                                                 | VILA OPERARIA                 | UF:                                                       | SC                            |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     | 24/06/2021                                                              |                               |                                                           |                               |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     | MATHEUS                                                                 | CHAMADO:                      | SAD173711629114                                           |                               |
| 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<br><input checked="" type="checkbox"/> NÃO | MOEDA BASE:                   | ATO DIFERENCIADO                                          |                               |
| MOTIVO DA REMOÇÃO DA AREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                         |                               |                                                           |                               |
| 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"/>      |
| NÃO TRABALHA COM A AREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                            | DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO                                              |                               | <input type="checkbox"/>                                  | SEM PROFISSIONAL PARA ATENDER |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                                         |                               |                                                           |                               |
| 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                                                                     |                               | NÃO                                                       |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                |                               | <input type="checkbox"/>                                  |                               |
| ÁREA A SER REMOVIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |                                                                         |                               |                                                           |                               |
| <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> CLINICO GERAL<br/> <input type="checkbox"/> ENDODONTIA<br/> <input type="checkbox"/> PERIODONTIA<br/> <input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA<br/> <input type="checkbox"/> DENTISTICA         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H<br/> <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL<br/> <input checked="" type="checkbox"/> ORTODONTIA<br/> <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA<br/> <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA         </div> </div> |                                                                                     |                                                                         |                               |                                                           |                               |
| OUTRAS AREAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                                         |                               |                                                           |                               |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                                                         |                               |                                                           |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                                         |                               |                                                           |                               |
| SOMENTE PARTICULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |                                                                         |                               |                                                           |                               |
| 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>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     | -----<br>POLIANA ANDRADE SILVA<br>GESTORA GESTAO DE REDE                |                               | -----<br>MAYKON W. DAL'NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |                               |