

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------|------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                | APTAS CLINICAS ODONTOLÓGICAS                                         |                                 |                                                  |      |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 34153350000100 | NOME RESP. TEC.                                                      | RAYANNE FERREIRA MARTONS ALBINO | CRO:                                             | 8530 |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | REDENCAO       | BAIRRO:                                                              | VILA PAULISTA                   | UF:                                              | PA   |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                | 29/06/2023                                                           |                                 |                                                  |      |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                | KETLIN CANDIDO SOARES                                                | CHAMADO:                        | SAD172597782431                                  |      |
| QUAL REDE? <input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                                                                      | MULTIPLICADOR: 0,5              |                                                  |      |
| ATO DIFERENCIADO NA ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
| POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | <input type="checkbox"/> SIM                                         | MOEDA BASE:                     | ATO DIFERENCIADO                                 |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                              |                                 |                                                  |      |
| MOTIVO DA REMOÇÃO DA ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
| VALORES <input type="checkbox"/> GLOSAS <input type="checkbox"/> BUROCRACIA DA OPERADORA <input type="checkbox"/> REMOÇÃO DE PRESTADOR <input checked="" type="checkbox"/> FALTA DE SUPORTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
| NÃO TRABALHA COM A ÁREA <input type="checkbox"/> DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> SEM PROFISSIONAL PARA ATENDER <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
| OUTRO MOTIVO: Estamos sem profissional que atenda área de endodontia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
| ORIENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
| ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                | DATA INCIO:                                                          |                                 | 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><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 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 A ÁREA ACIMA DA CLINICA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
| SUBSTITUIÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |                                 |                                                  |      |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
| APROVAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                      |                                 |                                                  |      |
| KELLY CRISTINA<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                | POLIANA ANDRADE SILVA<br>GESTORA GESTAO DE REDE                      |                                 | MAYKON W. DAL'NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |      |