

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO  |   |  |   |   |                 |
|--|---|--|---|---|-----------------|
| NOME DA CLINICA:   | DAMATO & ALVES ODONTOLOGIA E ESTETICA LTDA  |  |   |   |                 |
| CNPJ/CPF:  | 50619628000148  | NOME RESP. TEC.                                  | ALINE DE OLIVEIRA ALVES                                 |   | CRO: 147409     |
| CIDADE:  | SÃO PAULO   | BAIRRO:  | JARDIM COLORADO   |   | UF: SP          |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:  |   | 19/03/2024                                       |   |   |                 |
| CONSULTOR(A): JESSICA PACHECO  |   |  | CHAMADO:  |   | SAD173029490831 |
| 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 checked="" type="checkbox"/>   | NÃO  |   |   |                 |
| 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 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  |   |  |   |   |                 |
| <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 type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA<br><input type="checkbox"/> DENTISTICA <input checked="" type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA |   |  |   |   |                 |
| OUTRAS AREAS:  |   |  |   |   |                 |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS   |   |  |   |   |                 |
| Dra. Em processo de retenção, está removendo área devido a não ter direito ao reajuste, contudo, informei a ela para que nos procure em FEVEREIRO para solicitar seu reajuste.   |   |  |   |   |                 |
| SUBSTITUIÇÕES  |   |  |   |   |                 |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:  | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                |  |   |   |                 |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?   |   |  |   |   |                 |
| ÁREA   |   |  |   |   |                 |
| ÁREA   |   |  |   |   |                 |
| ÁREA   |   |  |   |   |                 |
| APROVAÇÃO  |   |  |   |   |                 |