

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO  |   |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
|--|---|--|----------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|--|
| NOME DA CLINICA:   |   | ORTHOLY ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA                                    |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| CNPJ/CPF:  | 73454028191   | NOME RESP. TEC.  | STEFANNY HELLEN LOPES DOS SANTOS | CRO:  | 13573                               |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| CIDADE:  | BRASILIA  | BAIRRO:  | CEILANDIA NORTE (CEILANDIA)      | UF:   | DF                                  |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:  |   | 14/09/2022   |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| CONSULTOR(A):  |   | MATHEUS  | CHAMADO:                         | SAD173134642830   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| 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 ÁREA  |   |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| 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 type="checkbox"/>  | DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO   | <input type="checkbox"/>         | SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER                            | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| OUTRO MOTIVO:  |   |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| ORIENTAÇÃO   |   |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS   |   | <input type="checkbox"/>   | DATA INICIO:                     | DATA FINAL:   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| ESPECIALIDADE  |   |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA  |   | SIM  |                                  | NÃO   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
|  |   | <input type="checkbox"/>   |                                  | <input type="checkbox"/>                                  |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| ÁREA A SER REMOVIDA  |   |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CLINICO GERAL</td> <td><input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ENDODONTIA</td> <td><input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA</td> <td><input type="checkbox"/> ORTODONTIA</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</td> <td><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DENTISTICA</td> <td><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</td> </tr> </table> |   |  |                                  |   |                                     | <input type="checkbox"/> CLINICO GERAL | <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H | <input type="checkbox"/> ENDODONTIA | <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL | <input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA | <input type="checkbox"/> ORTODONTIA | <input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA | <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA | <input type="checkbox"/> DENTISTICA | <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA |
| <input type="checkbox"/> CLINICO GERAL   | <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H                                  |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> ENDODONTIA  | <input type="checkbox"/> CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL                                 |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> PERIODONTIA  | <input type="checkbox"/> ORTODONTIA   |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA   | <input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA   |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> DENTISTICA  | <input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA  |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| OUTRAS AREAS:  |   |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS   |   |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
|  |   |  |                                  |   |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |
| 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 |                                     |  |  |                                     |   |   |                                     |  |   |                                     |  |