

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     |                                         |                              |                  |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------|-------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                     | ANA PAULA KUHN                          |                              |                  |       |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 82807728049                                                                         | NOME RESP. TEC.                         | ANA PAULA KUHN               | CRO:             | 16277 |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | OSORIO                                                                              | BAIRRO:                                 | CENTRO                       | UF:              | RS    |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     | 14/03/2024                              |                              |                  |       |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     | MATHEUS                                 | CHAMADO:                     | SAD173826135970  |       |
| 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 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 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                                         |                              |                  |       |
| OUTRO MOTIVO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     | NÃO INFORMOU O 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 type="checkbox"/> ENDODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> PERIODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA</div><div><input checked="" type="checkbox"/> DENTISTICA</div></div> <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> |                                                                                     |                                         |                              |                  |       |