

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                | CLINICA ORAL PRIME LTDA                                   |                                         |                                                  |      |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 060.081.631-17 | NOME RESP. TEC.                                           | FELIPE DE OLIVEIRA LAUREANO LEME        | CRO:                                             | 8152 |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CAMPO GRANDE   | BAIRRO:                                                   | UNIVERSITARIO                           | UF:                                              | MS   |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                | 11/03/2024                                                |                                         |                                                  |      |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                | MATHEUS VIEIRA                                            | CHAMADO:                                | SAD1712582869                                    |      |
| QUAL REDE? <input type="checkbox"/> DENTAL UNI <input type="checkbox"/> ODONTO LIFE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                                           | MULTIPLICADOR: 0,3                      |                                                  |      |
| ATO DIFERENCIADO NA ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
| POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | <input type="checkbox"/> SIM                              | MOEDA:                                  | ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT                    |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                   |                                         | ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT                    |      |
| 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"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
| OBSERVAÇÃO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                | Doutor deseja remover área de atuação.                    |                                         |                                                  |      |
| ORIENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
| ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                | DATA INICIO:                                              | DATA FINAL:                             |                                                  |      |
| ESPECIALIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
| A AREA 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> |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
| INFORMAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
| SUBSTITUIÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                                         |                                                  |      |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
| APROVAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                                           |                                         |                                                  |      |
| RAQUEL BORBA<br>DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                | POLIANA ANDRADE SILVA<br>GESTORA GESTAO DE REDE           |                                         | MAYKON W. DAL'NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |      |