

| <b>REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO</b>   |   |  |   |   |            |
|--|---|--|---|---|------------|
| NOME DA CLINICA:   |   | RAPHAEL CANDIDO RODRIGUES                                |   |   |            |
| CNPJ/CPF:  | 12547525798   | NOME RESP. TEC.  | RAPHAEL CANDIDO RODRIGUES                               |   | CRO: 45731 |
| CIDADE:  | VOLTA REDONDA                                       | BAIRRO:  | CENTRO  |   | UF: RJ     |
| DATA DO CREDENCIAMENTO: 16/10/2020   |   |  |   |   |            |
| CONSULTOR(A): MATHEUS V  |   |  | CHAMADO:  | SAD17385875682  |            |
| QUAL REDE?   | <input type="checkbox"/> DENTAL UNI                 | <input checked="" type="checkbox"/> ODONTO LIFE          | MULTIPLICADOR:  |   | 0,3        |
| <b>ATO DIFERENCIADO NA ÁREA</b>  |   |  |   |   |            |
| POSSUI ATOS DIFERENCIADOS NA ÁREA?   |   | <input type="checkbox"/> SIM                             | MOEDA BASE:   | ATO DIFERENCIADO  |            |
|  |   | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                  |   |   |            |
| <b>MOTIVO DA REMOÇÃO DA AREA</b>   |   |  |   |   |            |
| 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 checked="" type="checkbox"/>  | DIZ NÃO TER SE CREDENCIADO <input type="checkbox"/> |  | SEM PROFISSIONAL PARA ANTENDER <input type="checkbox"/> |   |            |
| OUTRO MOTIVO:  |   |  |   |   |            |
| <b>ORIENTAÇÃO</b>  |   |  |   |   |            |
| ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>  | DATA INCIO:   |  | DATA FINAL:   |   |            |
| <b>ESPECIALIDADE</b>   |   |  |   |   |            |
| A AREA A SER REMOVIDA É ESPECIALIDADE DO DENTISTA  |   | SIM <input type="checkbox"/>                             | NÃO <input type="checkbox"/>                            |   |            |
| <b>ÁREA A SER REMOVIDA</b>   |   |  |   |   |            |
| <input type="checkbox"/> CLINICO GERAL <input type="checkbox"/> URGENCIA E EMERGENCIA 24H<br><input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA <input checked="" 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:  |   |  |   |   |            |
| <b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</b>  |   |  |   |   |            |
| MANTER APENAS CLINICO GERAL, DENTISTICA E ORTODONTIA.  |   |  |   |   |            |
| <b>SUBSTITUIÇÕES</b>   |   |  |   |   |            |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:  |   | <input type="checkbox"/> SIM                             | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                 |   |            |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?   |   |  |   |   |            |
| ÁREA   | ÁREA  | ÁREA   | ÁREA  | ÁREA  | ÁREA       |
| <b>APROVAÇÃO</b>   |   |  |   |   |            |
| -----<br>KELLY CRISTINA<br>ADMINISTRATIVO  |   | -----<br>POLIANA ANDRADE SILVA<br>GESTORA GESTAO DE REDE |   | -----<br>MAYKON W. DAL'NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |            |