

| REMOÇÃO ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                                                                                     |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-------|
| NOME DA CLINICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               | CENTRO ODONTO SORRISO LTDA                                                          |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| CNPJ/CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 42116937272   | NOME RESP. TEC.                                                                     |                                                 | ERNESTO WILLAMS MOLINA ANTELO           |                               |                                                                                                                                           |                 | CRO: | 17328 |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FOZ DO IGUAÇU | BAIRRO:                                                                             |                                                 | PORTES                                  |                               |                                                                                                                                           |                 | UF:  | PR    |
| DATA DO CREDENCIAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | 04/09/2023                                                                          |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| CONSULTOR(A):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | MATHEUS VIEIRA                                                                      |                                                 |                                         | CHAMADO:                      |                                                                                                                                           | SAD171396739686 |      |       |
| 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 checked="" type="checkbox"/> SIM                                             | MOEDA: 0                                        |                                         | ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT |                                                                                                                                           |                 | 0,6  |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | <input type="checkbox"/> NÃO                                                        |                                                 |                                         | ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT |                                                                                                                                           |                 | 1,92 |       |
| 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 pede remoção de área e inclusão de novas áreas.                              |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| ORIENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                                                                     |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| ORIENTADO SOBRE OS 60 DIAS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | DATA INICIO:                                                                        |                                                 | DATA FINAL:                             |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| ESPECIALIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                     |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| A ÁREA 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 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 checked="" type="checkbox"/> ORTODONTIA</div><div><input type="checkbox"/> ODONTGERIATRIA</div><div><input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA</div></div> |               |                                                                                     |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| INFORMAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                                                     |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| Doutor não atua como ORTODONTIA, e pede para incluir as áreas abaixo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                     |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| SUBSTITUIÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                     |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| SUBSTITUIÇÃO DE ÁREA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               | <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| QUAL O ÁREA ESTÁ ENTRANDO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                                                                     |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DENTISTICA    |                                                                                     |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ENDODONTIA    |                                                                                     |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| ÁREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                     |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| APROVAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                                                                                     |                                                 |                                         |                               |                                                                                                                                           |                 |      |       |
| RAQUEL BORBA<br>DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                     | POLIANA ANDRADE SILVA<br>GESTORA GESTAO DE REDE |                                         |                               | <br>MAYRON W. DAL'NEGRO<br>SUPERVISÃO RELACIONAMENTO |                 |      |       |