

# Formulário - Processo de Retenção



|                                                                                                                                                                                    |                |                    |                             |                        |   |      |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|-----------------------------|------------------------|---|------|------------|
| Colaborador                                                                                                                                                                        |                | Luana Santos       |                             | qtd CRO(s)             | 1 | Data | 12/07/2022 |
| Operadora                                                                                                                                                                          | CRO            | UF                 | Nome dentista               |                        |   |      |            |
| Odontolife                                                                                                                                                                         | 7759           | PB                 | JOAO GOMES RODRIGUES JUNIOR |                        |   |      |            |
| Data inclusão                                                                                                                                                                      | Tipo           | Demandado por?     | Nº do protocolo             | Dt. abertura protocolo |   |      |            |
| 06/02/2021                                                                                                                                                                         | PF             | Operadora          | SAD16336450731              | 04/10/2021             |   |      |            |
| Cidade                                                                                                                                                                             | UF             | nº de vidas        | nº CRO(s) únicos divulgados |                        |   |      |            |
| JOAO PESSOA                                                                                                                                                                        | PB             | 222                | 52                          |                        |   |      |            |
| Atende outros convênios                                                                                                                                                            |                | Quais?             |                             |                        |   |      |            |
| <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                               |                |                    |                             |                        |   |      |            |
| Moeda                                                                                                                                                                              | Última produç. | Valor última prod. |                             |                        |   |      |            |
| 0,40                                                                                                                                                                               | Sem produção   |                    |                             |                        |   |      |            |
| Data início                                                                                                                                                                        | Data final     | Tempo finalização  |                             |                        |   |      |            |
| 04/10/2021                                                                                                                                                                         | 12/07/2022     | 281 dia(s)         |                             |                        |   |      |            |
| 1º contato                                                                                                                                                                         | Data           | 01/07/2022         |                             |                        |   |      |            |
| Obs.:<br>Encaminhado mensagem via whatsapp 83 9336-9606.                                                                                                                           |                |                    |                             |                        |   |      |            |
| 2º contato                                                                                                                                                                         | Data           | 12/07/2022         |                             |                        |   |      |            |
| Obs.:<br>Em contato com o profissional informou que não está atendendo devido a problemas de saúde, questionamos sobre o retorno e o fômos sinalizados de que não possui previsão. |                |                    |                             |                        |   |      |            |
| 3º contato                                                                                                                                                                         | Data           |                    |                             |                        |   |      |            |
| Obs.:<br><br>                                                                                                                                                                      |                |                    |                             |                        |   |      |            |
| 4º contato                                                                                                                                                                         | Data           |                    |                             |                        |   |      |            |
| Obs.:<br><br>                                                                                                                                                                      |                |                    |                             |                        |   |      |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                               |                                                         |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|
| 5º contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Data                                                          |                                                         |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| Obs.:<br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               |                                                         |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <b>Motivo Retenção</b><br><input type="checkbox"/> Ofertado novos valores <input type="checkbox"/> Ofertado suporte <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação<br><input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou recidivagem <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                               |                                                         |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| Obs.:<br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               |                                                         |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <b>Motivo desligamento</b><br><table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perda de de Contato</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Saúde</td> <td><input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Valores</td> <td><input type="checkbox"/> Franquia</td> <td><input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Removido prestador</td> <td><input type="checkbox"/> Burocracia</td> <td><input type="checkbox"/> Glosas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema</td> <td><input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Regras Técnicas</td> <td><input type="checkbox"/> Migração</td> <td><input type="checkbox"/> Divulgação indevida</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Baixa procura</td> <td><input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central</td> <td><input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ameaça judicialização</td> <td><input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético</td> <td><input type="checkbox"/> Aposentou</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular - sem interesse convênio</td> <td><input type="checkbox"/> Obito</td> <td><input type="checkbox"/> Mudou de área</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos</td> </tr> </table> |                                                               |                                                         | <input type="checkbox"/> Perda de de Contato           | <input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Saúde | <input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro        | <input type="checkbox"/> Valores | <input type="checkbox"/> Franquia | <input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico | <input type="checkbox"/> Removido prestador | <input type="checkbox"/> Burocracia | <input type="checkbox"/> Glosas | <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema | <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Regras Técnicas | <input type="checkbox"/> Migração | <input type="checkbox"/> Divulgação indevida | <input type="checkbox"/> Baixa procura | <input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central | <input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta | <input type="checkbox"/> Ameaça judicialização | <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético | <input type="checkbox"/> Aposentou | <input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular - sem interesse convênio | <input type="checkbox"/> Obito | <input type="checkbox"/> Mudou de área | <input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS |  | <input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos |
| <input type="checkbox"/> Perda de de Contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Saúde        | <input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro        |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Valores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Franquia                             | <input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico  |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Removido prestador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Burocracia                           | <input type="checkbox"/> Glosas                         |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento             | <input type="checkbox"/> Outros                         |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Regras Técnicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Migração                             | <input type="checkbox"/> Divulgação indevida            |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Baixa procura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central | <input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta  |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Ameaça judicialização                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético        | <input type="checkbox"/> Aposentou                      |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular - sem interesse convênio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Obito                                | <input type="checkbox"/> Mudou de área                  |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               | <input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos       |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| Obs. Geral<br>Doutor informou que não está bem para atender no momento, não possui previsão de retorno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               |                                                         |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <b>Sector responsável</b><br><input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Central de atendimento <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               |                                                         |                                                        |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <table border="0"> <tr> <td> <i>Keilla Castro Caldas</i><br/>           Coordenação<br/>           12/07/22         </td> <td>           Dra. Annabella Borgonhoni<br/>           Análise Técnica         </td> <td>           Agata B. Gomes<br/>           Supervisão Gestão de Rede<br/>           12/07/22         </td> <td>           Ivan Vaghini<br/>           Administrativo         </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                                                         | <i>Keilla Castro Caldas</i><br>Coordenação<br>12/07/22 | Dra. Annabella Borgonhoni<br>Análise Técnica           | Agata B. Gomes<br>Supervisão Gestão de Rede<br>12/07/22 | Ivan Vaghini<br>Administrativo   |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <i>Keilla Castro Caldas</i><br>Coordenação<br>12/07/22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Dra. Annabella Borgonhoni<br>Análise Técnica                  | Agata B. Gomes<br>Supervisão Gestão de Rede<br>12/07/22 | Ivan Vaghini<br>Administrativo                         |                                                        |                                                         |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                     |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |