

# Formulário - Processo de Retenção



Planos Odontológicos

|                                                                                                                                                                                                                           |                |                    |                                 |                        |   |      |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|---------------------------------|------------------------|---|------|------------|
| Colaborador                                                                                                                                                                                                               |                | MARILIA FILLA      |                                 | Qtd CRO(s)             | 1 | Data | 31/03/2023 |
| Operadora                                                                                                                                                                                                                 | CRO            | UF                 | Nome dentista                   |                        |   |      |            |
| ODONTOLIFE                                                                                                                                                                                                                | 12549          | GO                 | ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO |                        |   |      |            |
| Data inclusão                                                                                                                                                                                                             | Tipo           | Demandado por?     | Nº do protocolo                 | Dt. abertura protocolo |   |      |            |
|                                                                                                                                                                                                                           | PJ             | Dentista           | SAD168029102379                 | 07/02/2023             |   |      |            |
| Cidade                                                                                                                                                                                                                    | UF             | nº de vidas        | nº CRO(S) únicos divulgados     |                        |   |      |            |
| GOIANIA                                                                                                                                                                                                                   | GO             | 19.211             | 70                              |                        |   |      |            |
| Atende outros convênios                                                                                                                                                                                                   |                | Quais?             |                                 | NÃO INFORMADO          |   |      |            |
| <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                      |                |                    |                                 |                        |   |      |            |
| Moeda                                                                                                                                                                                                                     | Última produç. | Valor última prot. |                                 |                        |   |      |            |
| R\$ 0,62                                                                                                                                                                                                                  | 06/02/2023     | R\$ 176,22         |                                 |                        |   |      |            |
| Data início                                                                                                                                                                                                               | Data final     | Tempo finalização  |                                 |                        |   |      |            |
| 07/02/2023                                                                                                                                                                                                                | 31/03/2023     | 52 dias(s)         |                                 |                        |   |      |            |
| 1º contato                                                                                                                                                                                                                |                | Data               | 27/01/2023                      |                        |   |      |            |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                     |                |                    |                                 |                        |   |      |            |
| THIAGO FRANCO GABRIEL 24592. Retirado a divulgação da Dra                                                                                                                                                                 |                |                    |                                 |                        |   |      |            |
| 2º contato                                                                                                                                                                                                                |                | Data               | 22/02/2023                      |                        |   |      |            |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                     |                |                    |                                 |                        |   |      |            |
| Em contato pelo whatsapp 62 9347-4322 Informa que haverá uma troca de Rt, esta saindo a Dra Aline de Paula e entrando a Dra Karen Cardoso                                                                                 |                |                    |                                 |                        |   |      |            |
| 3º contato                                                                                                                                                                                                                |                | Data               | 22/02/2023                      |                        |   |      |            |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                     |                |                    |                                 |                        |   |      |            |
| enviada mensagem no Whatsapp 62 9347-4322 Em retorno ao Whatsapp foi informado que a solicitação seja feita através do e-mail supervisor@odonto.com.br. E-mail encaminhado, aguardando retorno.                           |                |                    |                                 |                        |   |      |            |
| 4º contato                                                                                                                                                                                                                |                | Data               | 31/03/2023                      |                        |   |      |            |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                     |                |                    |                                 |                        |   |      |            |
| Em contato telefônico (62) 99347-4322 com a Adriana 15:09 a mesma informa que a doutora ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO irá permanecer em atendimentos na clínica pelo plano, apenas não será mais as responsável técnica |                |                    |                                 |                        |   |      |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                                                        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|
| 5º contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Data                                                          |                                                        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                               |                                                        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                                                        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| <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 recadagem <input checked="" type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                               |                                                        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                               |                                                        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| Em contato telefônico (62) 99347-4322 com a Adriana 15:09 a mesma informa que a Dra ALINE DE PAULA FERREIRA CAETANO irá permanecer em atendimento na clínica (CNPJ: 86882925000129) pelo plano, apenas não será mais a responsável técnica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                               |                                                        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| <b>Motivo desligamento</b><br><table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perda de Contato</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas de Saúde</td> <td><input type="checkbox"/> Beneficiário Grosseiro</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"/> Burocacia</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"/> Encerramento de atividades</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"/> Tercelização de atendimento</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"/> Período liberação de guias</td> </tr> </table> |                                                               |                                                        | <input type="checkbox"/> Perda de Contato | <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde | <input type="checkbox"/> Beneficiário Grosseiro | <input type="checkbox"/> Valores | <input type="checkbox"/> Franquia | <input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico | <input type="checkbox"/> Removido prestador | <input type="checkbox"/> Burocacia | <input type="checkbox"/> Glosas | <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema | <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento | <input type="checkbox"/> Encerramento de atividades | <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"/> Tercelização de atendimento | <input type="checkbox"/> Mudou de área | <input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS |  | <input type="checkbox"/> Período liberação de guias |
| <input type="checkbox"/> Perda de Contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde                   | <input type="checkbox"/> Beneficiário Grosseiro        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Valores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Franquia                             | <input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Removido prestador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Burocacia                            | <input type="checkbox"/> Glosas                        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento             | <input type="checkbox"/> Encerramento de atividades    |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| <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"/> Tercelização de atendimento          | <input type="checkbox"/> Mudou de área                 |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                               | <input type="checkbox"/> Período liberação de guias    |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| <b>Necessário abertura de protocolo</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                               |                                                        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| Obs. Geral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                               |                                                        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| 10104123-0544:34 - Gilson Davidson - DE Otondi DentalUm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                               |                                                        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| <b>Sector responsável</b><br><input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial<br><input type="checkbox"/> Central de atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |
| Assinatura: <i>Agata B. Gomes</i><br>10/04/2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                                                        |                                           |                                             |                                                 |                                  |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                                     |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                                      |                                        |                                               |  |                                                     |