

# Formulário - Processo de Retenção



|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                |                        |                             |   |           |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|------------------------|-----------------------------|---|-----------|------------|
| Colaborador                                                                                                                                                                                                                                                                              |            | Luana Santos   |                        | Qtd CRO(s)                  | 1 | Data      | 21/07/2022 |
| Operadora                                                                                                                                                                                                                                                                                | CRO        | UF             | Nome dentista          |                             |   |           |            |
| Odontolife                                                                                                                                                                                                                                                                               | 33266      | MG             | PAULA OLIVEIRA AZEVEDO |                             |   |           |            |
| Data inclusão                                                                                                                                                                                                                                                                            | Tipo       | Demandado por? | Nº do protocolo        | Dt. abertura protocolo      |   |           |            |
| 30/07/2021                                                                                                                                                                                                                                                                               | PI         | Operadora      | SAD165401222652        | 31/05/2022                  |   |           |            |
| Cidade                                                                                                                                                                                                                                                                                   | VARGINHA   | UF             | nº de vidas            | nº CRO(s) únicos divulgados |   |           |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | MG         | 174            | 13                     |                             |   |           |            |
| Atende outros convênios                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                | Quais?                 |                             |   |           |            |
| <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                     |            |                |                        |                             |   |           |            |
| Moeda                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 0,38       | última produç. | R\$ 12,92              | Valor última prod.          |   |           |            |
| Data início                                                                                                                                                                                                                                                                              | 31/05/2022 | Data final     | 21/07/2022             | Tempo finalização           |   | 51 dia(s) |            |
| 1º contato                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                | Data                   | 21/07/2022                  |   |           |            |
| Obs.:<br>Enviado mensagem via whatsapp (35) 984019512.                                                                                                                                                                                                                                   |            |                |                        |                             |   |           |            |
| 2º contato                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                | Data                   | 21/07/2022                  |   |           |            |
| Obs.:<br>Doutora sinalizou que está atendendo somente em ortodontia, solicito negociação, informamos que não negociamos esta área de atuação e questionamos se a doutora teria interesse em atender outras áreas, a mesma informou que não e solicitou que siga com o descredenciamento. |            |                |                        |                             |   |           |            |
| 3º contato                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                | Data                   |                             |   |           |            |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                |                        |                             |   |           |            |
| 4º contato                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                | Data                   |                             |   |           |            |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                |                        |                             |   |           |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                                                                |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|
| 5º contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Data                                                          |                                                                |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                               |                                                                |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Motivo Retenção</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ofertado novos valores</td> <td><input type="checkbox"/> Ofertado suporte</td> <td><input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou recidagem</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                               |                                                                | Motivo Retenção                            |                                                    |                                                                | <input type="checkbox"/> Ofertado novos valores | <input type="checkbox"/> Ofertado suporte   | <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação     | <input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou recidagem | <input type="checkbox"/> Outros   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| Motivo Retenção                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                                                                |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Ofertado novos valores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Ofertado suporte                     | <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação                   |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou recidagem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Outros                               |                                                                |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                               |                                                                |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Motivo desligamento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perda de de Contato</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas de Saúde</td> <td><input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro</td> </tr> <tr> <td><input checked="" 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"/> 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"/> Óbito</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> |                                                               |                                                                | Motivo desligamento                        |                                                    |                                                                | <input type="checkbox"/> Perda de de Contato    | <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde | <input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro | <input checked="" 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"/> 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"/> Óbito | <input type="checkbox"/> Mudou de área | <input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS |  | <input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos |
| Motivo desligamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                               |                                                                |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Perda de de Contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde                   | <input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro               |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input checked="" 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"/> 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"/> Óbito                                | <input type="checkbox"/> Mudou de área                         |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                               | <input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos              |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| Obs. Geral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               |                                                                |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| Doutora solicitou negociação em ortodontia, não concordou em permanecer com nossos valores. Atua somente neste área.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                               |                                                                |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                               |                                                                |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Setor responsável</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> T.I</td> <td><input type="checkbox"/> Análise técnica</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Comercial</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Central de atendimento</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                | Setor responsável                          |                                                    |                                                                | <input type="checkbox"/> T.I                    | <input type="checkbox"/> Análise técnica    | <input checked="" type="checkbox"/> Comercial    | <input type="checkbox"/> Central de atendimento             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| Setor responsável                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                                                                |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> T.I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Análise técnica                      | <input checked="" type="checkbox"/> Comercial                  |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Central de atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                                                                |                                            |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <table border="1"> <tr> <td> <i>Keilla Castro Caldas</i><br/>Coordenação         </td> <td> <i>Dra. Annabela Borgonhoni</i><br/>Análise Técnica         </td> <td> <i>Agata B. Gomes</i><br/>Supervisão Gestão de Rede<br/>25/07/22         </td> <td> <i>Ivan Vaghini</i><br/>Administrativo         </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               |                                                                | <i>Keilla Castro Caldas</i><br>Coordenação | <i>Dra. Annabela Borgonhoni</i><br>Análise Técnica | <i>Agata B. Gomes</i><br>Supervisão Gestão de Rede<br>25/07/22 | <i>Ivan Vaghini</i><br>Administrativo           |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |
| <i>Keilla Castro Caldas</i><br>Coordenação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <i>Dra. Annabela Borgonhoni</i><br>Análise Técnica            | <i>Agata B. Gomes</i><br>Supervisão Gestão de Rede<br>25/07/22 | <i>Ivan Vaghini</i><br>Administrativo      |                                                    |                                                                |                                                 |                                             |                                                  |                                                             |                                   |                                                        |                                             |                                    |                                 |                                              |                                                   |                                 |                                          |                                   |                                              |                                        |                                                               |                                                        |                                                |                                                        |                                    |                                                                                   |                                |                                        |                                               |  |                                                   |