

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Andrey Vidal Siqueira			Qtd CRO(s) 22
				Data 01/11/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	31309	RJ	FABIANA BRAGA FRANCA	
CNPJ	CPF			
	10920743000133			05457902714
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
20/07/2022	J	Operadora	SAD173021232874	29/10/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
RJ	NITEROI	1.327	154	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,43	Sem guias	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
29/10/2024	01/11/2024	3 dia(s)		

1º contato Data 01/11/2024

Obs.:

Olá Dr(a). DANIELLE PEDRO SILVA, tudo bem?

Recebemos a sua solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento.

Status retenção
<input type="checkbox"/> Retenção Efetiva
<input checked="" type="checkbox"/> Desligamento
<input type="checkbox"/> Não se trata de Retenção

2º contato Data 01/11/2024

Obs.:

Baixa tarde. Confirme validação anterior, foi confirmado e solicitado a remoção dos prestadores FABIANA BRAGA FRANCA CRO 31309RJ - MAIARA SOUSA NASCIMENTO DE LIMA CRO 52484RJ - NATALIA DE FREITAS GENS CRO 44972RJ, pois os mesmos não trabalham mais na clínica. Segue evidência abaixo.

3º contato Data _____

Obs.:

4º contato Data _____

Obs.:

Áreas Divulgadas	
<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Periodontia
<input type="checkbox"/> Dentística	<input type="checkbox"/> Protese Dentalria
<input type="checkbox"/> Endodontia	<input checked="" type="checkbox"/> Clinico Geral
<input checked="" type="checkbox"/> Ortodontia	<input type="checkbox"/> Urgencia e Emergencia
<input type="checkbox"/> Radiologia	<input type="checkbox"/> Periodontia



Quantidade de dentistas por área		
	Cirurgia	Periodontia
	Dentistica	Protese Dentalria
	Endodontia	69 Clinico Geral
29	Ortodontia	Urg e Emerg.
	Radiologia	Odontopediatria

<input type="checkbox"/> Ofertado Novos Valores	<input type="checkbox"/> Ofertado Suporte	<input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação
<input type="checkbox"/> Ofertado Treinamento	<input type="checkbox"/> Ofertado Reciclagem	<input type="checkbox"/> Outros
Obs.: OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CASO SELECIONE "OUTROS".		

Motivo desligamento		
<input type="checkbox"/> Perda de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grosseiro
<input type="checkbox"/> Valores	<input type="checkbox"/> Franquia	<input type="checkbox"/> Alteração Responsável Técnico
<input checked="" type="checkbox"/> Removido Prestador	<input type="checkbox"/> Sem Local de Atendimento	<input type="checkbox"/> Glosas
<input type="checkbox"/> Dificuldades com o Sistema	<input type="checkbox"/> Prazo Liberação de Guias	<input type="checkbox"/> Encerramento de Atividades
<input type="checkbox"/> Régras Técnicas	<input type="checkbox"/> Apenas procedimentos Estéticos	<input type="checkbox"/> Aposentou
<input type="checkbox"/> Baixa Procura	<input type="checkbox"/> Dificuldade de Contato com a Central	<input type="checkbox"/> Falta de Suporte da Operadora
<input type="checkbox"/> Cobrança indevida	<input type="checkbox"/> Burocracia Operadora	<input type="checkbox"/> Negativa de Atendimento
<input type="checkbox"/> Ameaça Judicialização	<input type="checkbox"/> Terceirização de Atendimento	<input type="checkbox"/> Migração
<input type="checkbox"/> Carteira de Clientes Particular	<input type="checkbox"/> Estudos	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Servidor Público	<input type="checkbox"/> Mudou de Área	
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Falta de Reajuste	

Foi evidenciado com prints no protocolo Buscado contato nas REDES CONCORRENTES

Obs. Desligamento _____

Em contato com a clínica no telefone: 21 99543-6182, foi confirmado que os prestadores citados não fazem mais parte do quadro clínico. Sem telefone pessoal para indicação.

Kelly Oliveira

Maykon Dal'Negro