

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)		1
	Data		01/04/2025
JESSICA PACHECO			
Operadora	CRO	UF	Nome dentista
	147558	SP	CAIO DE SOUZA TARASCO
CNPJ	CPF		
47193959000154			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo
	Operadora		SAD174301354942
UF	Cidade	nº de vidas	
		0	
Atende outros convênios	Quais?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
Moeda	Última produç.	Valor última prod.	
0,30	-	R\$ -	
Data inicio	Data final	Tempo finalização	
01/04/2025	01/04/2025	0 dia(s)	

1º contato Data 26/03/2025

Obs.:

Mensagem

2. Qual o motivo

R.:
EXCLUSÃO DO DR CAIO DE SOUZA TARASCO DO QUADRO DE PRESTADOR

2º contato Data 01/04/2025

Obs.:

Mensagem:
Olá Dr(a). VIVIAN MATOS DE PAULA, tudo bem?

Repcionamos a solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento. Em breve entraremos em contato!

3º contato Data 19/03/2025

Boa tarde

Em contato via whatsapp para validar o atendimento da clinica informa que o doutor não trabalha mais no local

[16:58, 19/03/2025] +55 11 99261-9954: Ola boa tarde tudo bem e você?

[16:58, 19/03/2025] +55 11 99261-9954: Dr Caio não é mais nosso prestador

[17:02, 19/03/2025] +55 11 99261-9954: Estamos iniciando com outra Endodontista

[17:02, 19/03/2025] +55 11 99261-9954: Logo envio a documentação

4º contato Data

Obs.:

Ref.40641420250319000345, havia outra solicitação deste desligamento com evidencia do whatsapp. Foi aberto o chamado para a inclusão de novo prestador, para substituir este que está saindo: SAD174301340681

Dito isso, seguirei com a desativação.

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 type="checkbox"/> Ortodontia	<input type="checkbox"/> Urgencia e Emergencia
<input type="checkbox"/> Radiologia	<input type="checkbox"/> Odontopediatria



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

Ação Retenção

- Ofertado Novos Valores Ofertado Suporte Ofertado Divulgação
 Ofertado Treinamento Ofertado Reciclagem Outros

Obs.: **OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CASO SELEÇÃO "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"/> Regras 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

Kelly Oliveira

Maykon Dal'Negro

