

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			4
	Data			
JESSICA PACHECO				12/07/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	44028	RJ	MARIA BARBARA SANTOS DA COSTA	
CNPJ	CPF			
40355455000144		13562981767		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
10/05/2022	J	Operadora	SAD17207253300	11/07/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
RJ	RIO DE JANEIRO	13.102	739	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	-	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
12/07/2024	12/07/2024	0 dia(s)		

1º contato Data 12/07/2024

Obs.:

Visto que em protocolo inicial o desligamento foi solicitado pelo Maykon, segue formulário da clinica por estarem atendendo a franquia ODONTOCOMPANY

2º contato Data

Obs.:

Visto que em protocolo inicial o desligamento foi solicitado pelo Maykon, segue formulário da clinica por estarem atendendo a franquia ODONTOCOMPANY

3º contato Data

Obs.:

Visto que em protocolo inicial o desligamento foi solicitado pelo Maykon, segue formulário da clinica por estarem atendendo a franquia ODONTOCOMPANY

4º contato Data

Obs.:

Visto que em protocolo inicial o desligamento foi solicitado pelo Maykon, segue formulário da clinica por estarem atendendo a franquia ODONTOCOMPANY

5º contato Data

Obs.:

Visto que em protocolo inicial o desligamento foi solicitado pelo Maykon, segue formulário da clinica por estarem atendendo a franquia ODONTOCOMPANY

Ação Retenção

- | | | |
|---|--|--|
| <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 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 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 checked="" type="checkbox"/> Carteira de Clientes Particular | <input type="checkbox"/> Estudos | |
| <input type="checkbox"/> Servidor Publico | <input type="checkbox"/> Mudou de Área | |
| <input type="checkbox"/> Óbito | <input type="checkbox"/> Falta de Reajuste | |

Necessário abertura de protocolo

SIM NÃO

Obs. Geral

Setor responsável

- | | | | |
|------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> Central de atendimento | <input type="checkbox"/> Análise Técnica | <input type="checkbox"/> Comercial |
|------------------------------|---|--|------------------------------------|

Poliana Andrade Silva

Maykon Dal'Negro