

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			2
	Data			03/07/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	7462	PB	KAROLINE LINHARES MOTA RODRIGUES	
CNPJ	CPF			
	37235759000163			11618678485
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
07/06/2021	J	Dentista	SAD171690400669	28/05/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
PB	JOAO PESSOA	617	56	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	-		
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	-	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
28/05/2024	03/07/2024	36 dia(s)		
1º contato	Data	28/05/2024		
Obs.:				
Mensagem: Olá Dr(a). VANESSA INOCENCIO BORGES ARAGAO, tudo bem? Repcionamos a solicitação e estamos verificando. Em breve daremos o retorno!				
2º contato	Data	29/05/2024		
Obs.:				
Bom dia, Contato realizado sem sucesso nos telefones (83) 35087020, (83) 32040223 as 11:16 Enviado mensagem no número da clínica para confirmar a informação .				
3º contato	Data	03/07/2024		
Obs.:				
Boa tarde, Confirmado a saída da prestadora KAROLINE LINHARES MOTA RODRIGUES - PB - 7462 da clínica, e mudança de pais. o CRO da mesma já encontra-se DESATIVADO no site do CFO.				
4º contato	Data			
Obs.:				

5º contato Data _____

Obs.:

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 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"/> 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"/> Servidor Publico | <input type="checkbox"/> Mudou de Área | |
| <input type="checkbox"/> Óbito | <input type="checkbox"/> Falta de Reajuste | |

Necessário abertura de protocolo

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 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