

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			2
	Data			05/01/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	21893	SC	MYLENE DE FREITAS FERNANDES SOBRINHO	
CNPJ	CPF			
	43282294000102			00885906233
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
09/05/2023	J	Operadora	SAD170083039975	24/11/2023
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
SC	JOINVILLE	24.042	99	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	SEM GUIAS	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
24/11/2023	05/01/2024	42 dia(s)		
1º contato	Data	27/11/2023		
Obs.:				
Born dia, Confirmado com a clínica no dia 22/11/2023 que a Drª ADRIELE DIAS MORAES MASIERO não faz mais parte do corpo clínico, contato pessoal para indicação enviado para o setor responsável. Formulário de desligamento não foi realizado por inconsistência do sistema, após a situação se regularizar, preenche o formulário.				
2º contato	Data			
Obs.:				
3º contato	Data			
Obs.:				
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"/> 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"/> Servidor Publico | <input type="checkbox"/> Mudou de Área | |
| <input type="checkbox"/> Óbito | | |

Necessário abertura de protocolo

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

Obs. Geral

Em contato com a RT da clínica, a mesma informa que a prestadora 21954 - SC ADRIELE DIAS MORAES MASIERO não faz mais parte do corpo clínico. Sendo assim, seguiremos com o desligamento, foi encaminhado para o setor responsável o contato da prestadora para que seja realizado um futuro credenciamento.

Setor responsável

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

Agata B. Gomes

Maykon Dal'Negro