

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Andrey Vidal Siqueira			Qtd CRO(s)	2	
				Data	02/09/2024	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista			
ODONTOLIFE	6348	GO	FABIANO DE SOUSA VAZ DE CAMPOS			
CNPJ	CPF					
	02585495000193			81964633168		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo		
21/11/2019	J	Operadora	SAD172124000358	17/07/2024		
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados			
GO	GOIANIA	3.051	110			
Atende outros convênios						
Quais?						
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
Moeda	Última produç.	Valor última prod.				
0,62	Sem guias	R\$ -				
Data inicio	Data final	Tempo finalização				
17/07/2024	31/08/2024	45 dia(s)				

1º contato	Data	27/08/2024
Obs.:		
Olá Dr(a). LUCIANE APARECIDA DE ARAUJO, tudo bem?		
Recebemos a sua solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento.		

2º contato	Data	27/08/2024
Obs.:		
Conforme protocolo anterior: 4064142024070300098, foi confirmado que o prestador FABIANO DE SOUSA VAZ DE CAMPOS - CRO - 6348 GO é somente o responsável legal da clínica e não é atuante. (segue em anexo).		

3º contato	Data	27/08/2024
Obs.:		
Confirmado que prestador citado não atua na clínica, pois é somente o responsável legal pelo consultório CNPJ:04738264000106.		

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 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"/> 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 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

Em contato com a clínica, foi confirmado que o prestador citado não atua, pois é somente o responsável legal pela clínica.

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