

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			2
			Data	08/07/2025
JESSICA PACHECO				
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	38097	PR	LECIANE MARIA ALVES VIEIRA	
CNPJ	CPF			
42118461000103				
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
23/05/2025		Operadora	SAD175043187092	20/06/2025
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
PR	TELEMACO BORBA	965	18	
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		
08/07/2025	08/07/2025	0 dia(s)		

1º contato Data 08/07/2025

Obs.:

Mensagem:
Olá Dr(a). PRISCILA SILVEIRA DE CAMARGO, tudo bem?

Repcionamos a solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento.

2º contato Data

Obs.:

Mensagem:
Boa tarde,
Conforme protocolo inicial, a propria clínica abriu o pedido para desligar a prestadora informando que não faz mais parte do corpo clínico

3º contato Data

Assunto

dentista nao faz mais parte do corpo clínico

Mensagem

Boa tarde , a DRA Leciane não faz mais parte do corpo clínico

Qtd CRO(s)

Data

2

08/07/2025

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"/> Periodontia



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

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"/> 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**