

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			13
Operadora			Data	07/02/2024
ODONTOLIFE	CRO	UF	Nome dentista	
	14311	DF	MARIA CAMILA SILVA RIBEIRO	
CNPJ			CPF	
44273723000130			75725665100	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
03/02/2023	J	Operadora	SAD170480737316	09/01/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
DF	BRASILIA	3.123	296	
Atende outros convênios			Quais?	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
1,90	25/01/2024	R\$ 193,80		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
09/01/2024	07/02/2024	29 dia(s)		
1º contato	Data	11/12/2023		
Obs.:				
Em contato com a clínica foi informado que os seguintes prestadores não fazem mais parte do corpo clínico: [14:06, 11/12/2023] +55 61 8292-8181: ESSES NÃO FAZEM MAIS PARTE DO NOSSO CORPO CLÍNICO[14:06, 11/12/2023] +55 61 8292-8181:14311 - DF MARIA CAMILA SILVA RIBEIRO 13850 - DF WELHYDA GONCALVES DA SILVA FRANCA 14140 - DF VITORIA DE CASTRO CHEMP 14027 - DF JOAO VICTOR GONCALVES BARBOSA 14921 - DF MATHEUS FERNANDO DE MORAIS				

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 | | |

Necessário abertura de protocolo

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

Obs. Geral

Em contato com a clínica foi confirmada a saída dos prestadores: 14311 - DF MARIA CAMILA SILVA RIBEIRO , 13850 - DF WELHYDA GONCALVES DA SILVA FRANCA, 14140 - DF VITORIA DE CASTRO CHEMP, 14027 - DF JOAO VICTOR GONCALVES BARBOSA, 14921 - DF MATHEUS FERNANDO DE MORAIS. Ao realizar buscas no google, não encontramos o contato dos prestadores e a clínica não pode fornecer os contatos. Sendo assim, iremos prosseguir com o desligamento.

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