

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)		
Operadora	CRO	UF	Nome dentista
ODONTOLIFE	25072	RS	BARBARA MARIANA LEAO DUARTE
CNPJ	CPF		
-	53171900297		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo
12/02/2021	F	Dentista	SAD173195178427
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
RS	CANELA	132	3
Atende outros convênios		Quais?	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="text"/>	
Moeda	Última produç.	Valor última prod.	R\$ -
Data inicio	Data final	Tempo finalização	-
1º contato	Data	<input type="text"/>	
Obs.:			
dificuldades com sistema e não tem interesse em atender mais o plano			
2º contato	Data	<input type="text"/>	
Obs.:			
3º contato	Data	<input type="text"/>	
Obs.:			
4º contato	Data	<input type="text"/>	
Obs.:			

Áreas Divulgadas	
<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Periodontia
<input checked="" 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 Emergência
<input type="checkbox"/> Radiologia	<input type="checkbox"/> Periodontia

Quantidade de dentistas por área		
<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Periodontia	<input type="checkbox"/> Protese Dentalria
<input type="checkbox"/> Dentística	<input type="checkbox"/> Clinico Geral	<input type="checkbox"/> Urg e Emerg.
<input type="checkbox"/> Endodontia	<input type="checkbox"/> Radiologia	<input type="checkbox"/> Odontopediatria
<input type="checkbox"/> Ortodontia	<input type="checkbox"/> Odontopediatria	<input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação
<input type="checkbox"/> Radiologia	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ofertado Novos Valores
<input type="checkbox"/> Ofertado Treinamento	<input type="checkbox"/> Ofertado Reciclagem	<input type="checkbox"/> Ofertado Suporte



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.: <b>OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CASO SELECIONE "OUTROS".</b>			

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 type="checkbox"/> Removido Prestador	<input type="checkbox"/> Sem Local de Atendimento	<input type="checkbox"/> Glosas
	<input checked="" type="checkbox"/> Dificuldades com o Sistema	<input type="checkbox"/> Prazo Liberação de Guias	<input type="checkbox"/> Encerramento de Atividades
	<input type="checkbox"/> Régulas 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"/> Falta de Reajuste
	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Foi evidenciado com prints no protocolo	<input type="checkbox"/> Buscado contato nas REDES CONCORRENTES

Obs. Desligamento	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

<i>Kelly Oliveira</i>	<i>Maykon Dal'Negro</i>
-----------------------	-------------------------