

Formulário - Processo de Retenção



Fundo Odontológico

Qty CRO(s)

1

Colaborador

KAMILA DE CARVALHO

Data

15/02/2023

5º contato

Data

Obs.:

Operadora

CRO

UF

Nome dentista

MATEUS AFFONSO BERNARDES

Odontolife

12479

DF

Demandado por?

Noº do protocolo

Dt. abertura protocolo

Data inclusão

19/05/2020

PJ

Operadora

SA0167586531110

08/02/2023

Cidade

BRASILIA

DF

nº de vidas

nº CRO(S) únicos divulgados

Moeda

0,40

R\$

Quais?

não informado

Atende outros convênios

Sim

Não

Moeda

0,40

R\$

Última produç.

Valor última prod.

Data início

08/02/2023

Data final

15/02/2023

Tempo finalização

7 dia(s)

Obs.:

Encaminhado mensagem no what's/e-mail questionando telefone pessoal ou e-mail do profissional e se possui novas inclusões, aguardando retorno

1º contato

Data

15/02/2023

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

2º contato

Data

15/02/2023

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

3º contato

Data

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

4º contato

Data

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

5º contato

Data

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

6º contato

Data

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

7º contato

Data

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

8º contato

Data

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

9º contato

Data

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

10º contato

Data

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

11º contato

Data

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

12º contato

Data

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

13º contato

Data

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

14º contato

Data

Obs.:

Em retorno por e-mail informa que não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros

15º contato

Data

Obs.:

Motivo Retenção

Ofertado novos valores

Ofertado suporte

Ofertado Divulgação

Ofertado treinamento/ recidagem

Outros

Formulário - Processo de Retenção



Faixa Odontológicos

Colaborador.	Qty CRO(s)		Data	
KAMILA DE CARVALHO		1		15/02/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
OdontoLife	13624	DF	LYSIA RACHEL FERREIRA DE ARAUJO	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dr. abertura protocolo
19/05/2020	PJ	Operadora	SA01675863110	08/02/2023
Cidade	UF		Nº de vidas	Nº CRO(S) únicos divulgados
BRASILIA	DF		2.771	250
Atende outros convênios				
<input type="checkbox"/> Moeda	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual(s)?	
Última produç.				
Data início	Data final	Tempo finalização	Valor última prod.	
09/02/2023	15/02/2023	7 dia(s)	R\$ 219,60	
Status retenção				
<input type="checkbox"/> Retenção efetiva	<input checked="" type="checkbox"/> Desligamento	<input type="checkbox"/> Não trata-se de retenção		
Obs.:				
1º contato	Data	15/02/2023		
Encaminhado mensagem no whats/ e-mail questionando telefone p pessoal ou e-mail do profissional e se possui novas inclusões, aguardando retorno				
2º contato	Data	15/02/2023		
Em retorno por e-mail informa que dra não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros				
Obs.:				
3º contato	Data			
Em retorno por e-mail informa que dra não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros				
4º contato	Data			
Obs.:				
Necessário abertura de protocolo				
<input type="checkbox"/> Obs. Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Em retorno por e-mail informa que dra não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar Cros				
Setor responsável				
<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Análise técnica	<input type="checkbox"/> Comercial		
Central de atendimento				
Obs.:				
<p><i>Agata B. de Gómez</i> 16/02/2023</p>				

INCLUSÃO DE PRESTADOR					
NOME DA CLINICA:		SBCO CLINICA INTEGRADA			
CNPJ:	16852455000175		NOME RESP. TEC.	MILENA OLIVEIRA DE FARIAS	
CIDADE:	BRASILIA		BAIRRO:	CEILANDIA SUL (CEILANDIA)	
DATA DO CREDENCIAMENTO:		19/05/2020			
CONSULTOR(A):	KAMILA DE CARVALHO			CHAMADO:	SAD16758631110
QUAL REDE?	DENTAL UNI	<input type="checkbox"/>	ODONTOLIFE	<input checked="" type="checkbox"/>	MULTIPLICADOR: 0.40
ATO DIFERENCIADO					
POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?	<input type="checkbox"/>	SIM	ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT		
	<input checked="" type="checkbox"/>	NÃO	ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT		
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 3 MESES					
MÊS		MARC/22	ABR/22	DEZ/22	
PRODUÇÃO		R\$ 195,20	R\$ 316,40	R\$ 219,60	
CHECK LIST DE DOCUMENTOS					
<input checked="" type="checkbox"/>	CÓPIA DO CRO	<input checked="" type="checkbox"/>	ATIVO NO CFO	<input type="checkbox"/>	CNES
PRESTADORES					
CRO: 11028	UF: DF	JESSYKA KETTELIM CELESTINO PIRES <input checked="" type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLINICA GERAL					
CRO: 13145	UF: DF	GABRIELA ALVES DE OLIVEIRA <input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO: CLÍNICA GERAL					
CRO:	UF:	<input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	<input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	<input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	<input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	<input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	<input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
CRO:	UF:	<input type="checkbox"/>			
ÁREA DE ATUAÇÃO:					
APROVAÇÃO					
SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:	<input checked="" type="checkbox"/>	SIM	<input checked="" type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	NÃO			
QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUIDO?					
NOME: LYGIA RACHEL FERREIRA DE ARAUJO		CRO: 13624	AREA DE ATUAÇÃO: CLÍNICA GERAL		
NOME: MATEUS AFFONSO BERNARDES		CRO: 12479	AREA DE ATUAÇÃO: CLÍNICA GERAL		
NOME: CRO:		AREA DE ATUAÇÃO:			