

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		KAMILA DE CARVALHO		Qtz CRO(s)	1	Data	15/02/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista				
Odontolife	12479	DF	MATEUS AFFONSO BERNARDES				
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo			
19/05/2020	PI	Operadora	SA016758631110	08/02/2023			
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(s) únicos divulgados				
BRASILIA	DF	2.771	250				
Atende outros convênios		Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		não informado					
Moeda	Última produç.	Valor última prod.					
0,40	30/12/2022	R\$ 219,60					
Data início	Data final	Tempo finalização					
08/02/2023	15/02/2023	7 dia(s)					
1º contato	Data	15/02/2023					
Obs.: Encaminhado mensagem no whats/ e-mail questionando telefone pessoal ou e-mail do profissional e se possui novas inclusões, aguardando retorno							
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.:							
4º contato	Data						
Obs.:							

5º contato	Data	
Obs.:		
<div>Motivo Retenção</div> <div> <input type="checkbox"/> Ofertado novos valores         <input type="checkbox"/> Ofertado suporte         <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação       </div> <div> <input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou reciclagem         <input type="checkbox"/> Outros       </div>		
Obs.:		
<div>Motivo desligamento</div> <div> <input type="checkbox"/> Perda de de Contato         <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde         <input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro       </div> <div> <input type="checkbox"/> Valores         <input type="checkbox"/> Franquia         <input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico       </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Removido prestador         <input type="checkbox"/> Burocracia         <input type="checkbox"/> Glosas       </div> <div> <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema         <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento         <input type="checkbox"/> Outros       </div> <div> <input type="checkbox"/> Regras Técnicas         <input type="checkbox"/> Migração         <input type="checkbox"/> Divulgação indevida       </div> <div> <input type="checkbox"/> Baixa procura         <input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central         <input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta       </div> <div> <input type="checkbox"/> Ameaça judicialização         <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético         <input type="checkbox"/> Aposentou       </div> <div> <input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular - sem interesse convênio         <input type="checkbox"/> Mudou de área       </div> <div> <input type="checkbox"/> Atendimento apenas SUS         <input type="checkbox"/> Terceirização de atendimento         <input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos       </div>		
<div>Necessário abertura de protocolo</div> <div> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não         </div>		
Obs. Geral		
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		
<div>Sector responsável</div> <div> <input type="checkbox"/> T.I         <input type="checkbox"/> Análise técnica         <input type="checkbox"/> Comercial       </div> <div> <input type="checkbox"/> Central de atendimento       </div>		
<div>Assinatura</div> <div>             Agata B. Gomes                       16/02/2023         </div>		

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		KAMILA DE CARVALHO		Qtd CRO(s)	1
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	Data	
Odontolife	13624	DF	LYGIA RACHEL FERRERA DE ARAUJO	15/02/2023	
Data Inclusão	19/05/2020	PJ	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
			Operadora	SAD16758631110	08/02/2023
Cidade	BRASILIA	UF	nº de vidas	nº CRO(s) únicos divulgados	
		DF	2.771	250	
Atende outros convênios			Quais?		
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			não informado		
Moeda	0,40	Última produg.	R\$	219,60	
Data início	08/02/2023	Data final	Tempo finalização	7 dia(s)	
1º contato			Data	15/02/2023	
Obs.: Encaminhado mensagem no whats/ e-mail questionando telefone pessoal ou e-mail do profissional e se possui novas inclusões, aguardando retorno					
2º contato			Data	15/02/2023	
Obs.: Em retorno por e-mail informa que dir não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar CROS					
3º contato			Data		
Obs.:					
4º contato			Data		
Obs.:					

5º contato	Data	
Obs.:		
Motivo Retenção <input type="checkbox"/> Ofertado novos valores <input type="checkbox"/> Ofertado suporte <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação <input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou reciclagem <input type="checkbox"/> Outros		
Obs.:		
Motivo desligamento <input type="checkbox"/> Perda de de Contato <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde <input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoiro <input type="checkbox"/> Valores <input type="checkbox"/> Franquia <input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico <input checked="" type="checkbox"/> Renovoio prestador <input type="checkbox"/> Burocracia <input type="checkbox"/> Glosas <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Regras Técnicas <input type="checkbox"/> Migração <input type="checkbox"/> Divulgação indevida <input type="checkbox"/> Baixa procura <input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central <input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta <input type="checkbox"/> Ameaça judicialização <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético <input type="checkbox"/> Aposentou <input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular - sem interesse convênio <input type="checkbox"/> Mudou de área <input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS <input type="checkbox"/> Terceirização de atendimento <input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos		
Necessário abertura de protocolo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Obs. Geral		
Em retorno por e-mail informa que dir não faz mais parte do corpo clínico não possui telefone e e-mail possui novas inclusões vai encaminhar CROS		
Sector responsável	<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Análise técnica
	<input type="checkbox"/> Central de atendimento	<input type="checkbox"/> Comercial
Assinado por: <u>Agata B. de Jesus</u> Agata B. Gomes 16/02/2023		



INCLUSÃO DE PRESTADOR					
<b>NOME DA CLÍNICA:</b>		<b>SBCO CLÍNICA INTEGRADA</b>			
<b>CNPJ:</b>	16852455000175	<b>NOME RESP. TEC.</b>	MILENA OLIVEIRA DE FARIAS	<b>CRO:</b>	13137
<b>CIDADE:</b>	BRASILIA	<b>BAIRRO:</b>	CEILANDIA SUL (CEILANDIA)	<b>UF:</b>	DF
<b>DATA DO CREDENCIAMENTO:</b>		19/05/2020			
<b>CONSULTOR(A):</b>	KAMILA DE CARVALHO	<b>CHAMADO:</b>	SAD16758631110		
<b>QUAL REDE?</b>	DENTAL UNI <input type="checkbox"/> ODONTOLIFE <input checked="" type="checkbox"/>	<b>MULTIPLICADOR:</b>	0.40		
ATO DIFERENCIADO					
<b>POSSUI ATOS DIFERENCIADOS?</b>		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<b>ATO DIFERENCIADO - MENOR MULT</b> <b>ATO DIFERENCIADO - MAIOR MULT</b>		
PRODUÇÃO ÚLTIMOS 3 MESES					
		<b>MÊS</b>	<b>MARC/22</b>	<b>ABR/22</b>	<b>DEZ/22</b>
		<b>PRODUÇÃO</b>	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					
<b>CRO:</b>	11028	<b>UF:</b>	DF	JESSYKA KETTELIM CELESTINO PIRES	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b> CLÍNICA GERAL,					
<b>CRO:</b>	13145	<b>UF:</b>	DF	GABRIELA ALVES DE OLIVEIRA	<input type="checkbox"/>
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b> CLÍNICA GERAL					
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>			<input type="checkbox"/>
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>					
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>			<input type="checkbox"/>
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>					
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>			<input type="checkbox"/>
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>					
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>			<input type="checkbox"/>
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>					
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>			<input type="checkbox"/>
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>					
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>			<input type="checkbox"/>
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>					
<b>CRO:</b>		<b>UF:</b>			<input type="checkbox"/>
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>					
APROVAÇÃO					
<b>SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR:</b>		<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>QUAL O PROFISSIONAL ESTÁ SENDO SUBSTITUIDO?</b>					
<b>NOME:</b>	LYGIA RACHEL FERREIRA DE ARAUJO	<b>CRO:</b>	13624	<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b> CLÍNICA GERAL	
<b>NOME:</b>	MATEUS AFFONSO BERNARDES	<b>CRO:</b>	12479	<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b> CLÍNICA GERAL	
<b>NOME:</b>		<b>CRO:</b>		<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 30%;"> <p>_____ RAQUEL BORBA DIRETORIA CLÍNICA - ODONTO LIFE</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>_____ POLIANA ANDRADE ADMINISTRATIVO CREDENCIAMENTO</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: right;"> <p><i>Agata B da S Gomes</i> AGATA GOMES SUPERVISÃO GESTAO DE REDE 16/02/2023</p> </div> </div>					