

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Alexandro Souza Rego	Qtd CRO(s)	1
		Data	26/07/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista
ODONTOLIFE	11645	PE	MARINA DA CUNHA ISALTINO
CNPJ	CPF		
33102202000101		10182661431	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo
04/11/2019	J	Operadora	SAD168660046440
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
PE	RECIFE	1.226	142
Atende outros convênios			
Quais?			
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
Moeda	Última produç.	Valor última prod.	
0,30	22/05/2023	R\$ 60,06	
Data inicio	Data final	Tempo finalização	
22/05/2023	26/07/2023	65 dia(s)	

1º contato Data 25/07/2023

Obs.:

Enviado e-mail ( ODONTOESTETICLTDA@GMAIL.COM ) em 25/07/2023 às 11:55 para confirmar com a Dra. se a saída dos prestadores que foram citados segue de acordo com o que foi mostrado, também aproveitei e solicitei o contato dos mesmos.

2º contato Data \_\_\_\_\_

Obs.:

\_\_\_\_\_

3º contato Data \_\_\_\_\_

Obs.:

\_\_\_\_\_

4º contato Data \_\_\_\_\_

Obs.:

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"/> 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"/> Carteira de Clientes Particular | <input type="checkbox"/> Estudos                              |  |
| <input type="checkbox"/> Servidor Publico                | <input type="checkbox"/> Mudou de Área                        |  |
| <input type="checkbox"/> Óbito                           | <input type="checkbox"/> Motivos Particulares                 |  |

Necessário abertura de protocolo

SIM  NÃO

Obs. Geral

REMOVIDO PRESTADO DR.  
MARINA DA CUNHA ISALTINO

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