

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	GABRIELY MORENA PACHECO			Qtd CRO(s)	1	
				Data	21/02/2024	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista			
ODONTOLIFE	44118	SP	ALEXANDRE WAGNER REDO			
CNPJ	CPF					
	26824959000135		48404823812			
Data inclusão	04/09/2019	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
		J	Operadora	SAD170834974086	19/02/2024	
UF	Cidade	nº de vidas		nº CRO(S) únicos divulgados		
SP	SANTO ANDRE	1.674		138		
Atende outros convênios			Quais?			
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
Moeda	Última produç.	Valor última prod.				
0,30	SEM GUIAS	-				
Data inicio	Data final	Tempo finalização				
19/02/2024	21/02/2024	2 dia(s)				

1º contato	Data	21/02/2024
Obs.:		
INTERAÇÃO VIA PROTOCOLO: Recebemos a sua solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento.		

2º contato	Data	21/02/2024
Obs.:		
Em contato com a clínica via WhatsApp pelo número 13 99164-1400 dia 21/02/24, foi solicitado a remoção dos seguintes prestadores: 150456 - SP LARISSA DO NASCIMENTO LINO MACEDO 44118 - SP ALEXANDRE WAGNER RED Realizado busca no google e redes sociais porém sem telefone de contato, a clínica forneceu um endereço de email então foi encaminhado email de indicação com a informação		

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"/> Migração |
| <input type="checkbox"/> Carteira de Clientes Particular | <input type="checkbox"/> Estudos | |
| <input type="checkbox"/> Servidor Público | <input type="checkbox"/> Mudou de Área | |
| <input type="checkbox"/> Óbito | | |

Necessário abertura de protocolo

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

Obs. Geral

Clinica solicita a remoção do prestador.

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