



# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		Qtd CRO(s)		4	
Andrey Vidal Siqueira		Data		21/11/2024	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	129455	SP	ROSEANE DA SILVA		
CNPJ		CPF			
08575534000158		39322096802			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
20/01/2021	J	Operadora	SAD172847298591	09/10/2024	
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
SP	SAO PAULO	34.907	1373		
Atende outros convênios		Quais?			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,44	Sem guias	R\$ -			
Data início	Data final	Tempo finalização			
09/10/2024	21/11/2024	43 dia(s)			
1º contato	Data	18/10/2024			
Obs.: Olá Dr(a). REGIS ALFREDO YATSUDA, tudo bem?  Recebemos a sua solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento.					
2º contato	Data	18/10/2024			
Obs.: Tentativa de ligação no telefone: (11) 20924422, sem sucesso.					
3º contato	Data	18/10/2024			
Obs.: Boa tarde.  Em contato com a atendente Beatriz através de ligação no telefone: (11) 20924422, foi confirmado que a prestadora citada Dra ROSEANE DA SILVA CRO 129455, não faz mais parte do quadro clínico, sem telefone pessoal para indicação.					
4º contato	Data				
Obs.:  					

Áreas Divulgadas	
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Periodontia
<input type="checkbox"/> Dentística	<input type="checkbox"/> Prótese Dentária
<input type="checkbox"/> Endodontia	<input type="checkbox"/> Clínico Geral
<input type="checkbox"/> Ortodontia	<input type="checkbox"/> Urgência e Emergência
<input type="checkbox"/> Radiologia	<input type="checkbox"/> Odontopediatria

Quantidade de dentistas por área			
162	Cirurgia		Periodontia
	Dentística		Prótese Dentária
	Endodontia		Clínico Geral
	Ortodontia		Urg e Emerg.
	Radiologia		Odontopediatria

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 Grossoeiro
<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"/> Outros
<input type="checkbox"/> Servidor Público	<input type="checkbox"/> Mudou de Área	
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Falta de Reajuste	

<input checked="" type="checkbox"/> Foi evidenciado com prints no protocolo	<input checked="" type="checkbox"/> Buscado contato nas REDES CONCORRENTES
---	--

Obs. Desligamento	
Em contato com a clínica, foi confirmado que a prestadora citada não faz mais parte do quadro clínico, sem telefone pessoal para indicação.	

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