

Formulário - Processo de Retenção



Planos Odontológicos

Colaborador	Julia Carvalho		
Operadora	CRO	UF	Nome dentista
ODONTOLIFE	18074	GO	JENIFFER DA SILVA AFONSO
CNPJ			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo
18/01/2023	PF	Operadora	SAD168010496821
Cidade	UF	nº de vidas	Dt. abertura protocolo
APARECIDA DE GOIÂNIA	GO	1.458	29/03/2023
Atende outros convênios			
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Quais?	
Moeda			
R\$ 0,30	SEM GUIAS	R\$ -	NÃO INFORMADO
Data início	Data final	Última produç.	Valor última prod.
29/03/2023	12/05/2023	44 dia(s)	
1º contato	Data	Tempo finalização	
	29/03/2023		
Obs.:			
Venho por meio deste solicitar meu desligamento como dentadura credenciada, devido ao fechamento da clínica e encerramento das minhas atividades como dentista			
2º contato	Data	10/05/2023	
Obs.:			
Realizado tentativa de contato no numero (62) 99461-4140 chama até cair, encaminhado mensagem no WhatsApp			
aguardando o retorno da Dra.			
3º contato	Data	12/05/2023	
Obs.:			
Em contato com a Dra no WhatsApp a mesma informa que se mudou para Brasília e que não irá mais atuar na área de odontologia, por isso deseja seguir com o descredenciamento. (conforme prints)			
4º contato	Data		
Obs.:			
<p style="text-align: right;"><i>Agata B. da J. Agomé</i> Agata B. Gomes 12/05/2023</p>			
Qtd CRO(s)	1		
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"/> Outros
Obs.:			
Motivo Desligamento			
<input type="checkbox"/> Perda de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Groseiro	<input type="checkbox"/> Alteração Responsável Técnico
<input type="checkbox"/> Valores	<input type="checkbox"/> Franquia	<input type="checkbox"/> Aposentou	<input type="checkbox"/> Encerramento de Atividades
<input type="checkbox"/> Removido Prestador	<input type="checkbox"/> Sem Local de Atendimento	<input type="checkbox"/> Glosas	<input type="checkbox"/> Aposentou
<input type="checkbox"/> Dificuldades com o Sistema	<input type="checkbox"/> Prazo I. liberação de Guias	<input type="checkbox"/> Aposentou	<input type="checkbox"/> Falta de Suporte da Operadora
<input type="checkbox"/> Régulas Técnicas	<input type="checkbox"/> Apenas procedimentos Estéticos	<input type="checkbox"/> Dificuldade de Contato com a Central	<input type="checkbox"/> Motivos Particulares
<input type="checkbox"/> Baixa Procura	<input type="checkbox"/> Dificuldade de Contato com a Central	<input type="checkbox"/> Terceirização de Atendimento	
<input type="checkbox"/> Cobrança indevida	<input type="checkbox"/> Bureau Crédito	<input type="checkbox"/> Estudos	
<input type="checkbox"/> Ameaça judicialização	<input type="checkbox"/> Carteira de Clientes Particular	<input type="checkbox"/> Mudou de Área	
<input type="checkbox"/> Servidor Público	<input type="checkbox"/> Móveis	<input type="checkbox"/> Motivos Particulares	
Necessário abertura de protocolo			
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		
Obs. Geral			
Em contato com a Dra no WhatsApp a mesma informa que se mudou para Brasília e que não irá mais atuar na área de odontologia, por isso deseja seguir com o descredenciamento.			
Setor responsável			
<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Análise técnica	<input type="checkbox"/> Comercial	
<input type="checkbox"/> Central de atendimento			