

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
	Data			01/10/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	110485	sp	MATEUS PEREIRA BARBOSA	
CNPJ	CPF			
	04167399547			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
30/07/2024	F	Operadora	SAD172778781216	01/10/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
SP	SAO PAULO	33.492	1176	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	-	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
01/10/2024	01/10/2024	0 dia(s)		

1º contato Data 01/10/2024

Obs.:

Qual o motivo da solicitação
R. Dr. irá entrar como prestador na c CLINICA KB ODONTOLOGIA, ESTETICA E PATOLOGIA LTDA CNPJ: 56.992.367/0001-93
Como a clínica é no mesmo endereço que o Dr. atua não é possível realizar o credenciamento, por esse motivo foi autorizado o desligamento do credenciamento como pessoa física conforme print anexo.

2º contato Data 01/10/2024

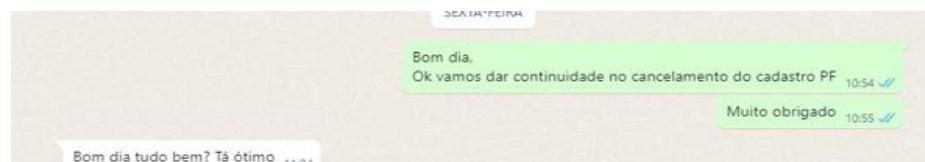
Obs.:

Mensagem:
Olá Dr(a). MATEUS PEREIRA BARBOSA, tudo bem?
Repcionamos a solicitação e já estamos dando sequência na solicitação do desligamento para que seja cadastrado como prestador no mesmo endereço.

3º contato Data 01/10/2024

Obs.:

Mensagem:
Boa tarde,
Haja vista que a solicitação veio do próprio consultor do credenciamento do Dr. , qual está negociando inclui-lo como prestador no mesmo endereço em outra clínica, seguirei com o desligamento deste cadastro PF para que seja dado continuidade na tratativa .



5º contato Data 01/10/2024

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 SELEÇÃO "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 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 checked="" 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 | |

Necessário abertura de protocolo

SIM NÃO

Obs. Geral

Setor responsável

- | | | | |
|------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> Central de atendimento | <input type="checkbox"/> Análise Técnica | <input type="checkbox"/> Comercial |
|------------------------------|---|--|------------------------------------|

Poliana Andrade Silva

Maykon Dal'Negro