

Formulário - Processo de Retenção



Planos Odontológicos

Qtd CRO(s)	<input type="text" value="1"/>
Data	<input type="text" value="03/04/2023"/>
5º contato	<input type="text" value="03/04/2023"/>
Obs.:	Em retorno Dr confirma os dados de divulgação e informa: *FIZ O TREINAMENTO, VAMOS VER SE AGORA VAI KKK*
Colaborador	MARULLA FILLA
Operadora	MARULLA FILLA
CRO	13417
UF	MG
Nome dentista	FRANCISCO EUGENIO MATA
ODONTOLIFE	
Data Inclusão	15/06/2015
Tipo	PF
Demandado por?	No do protocolo
Nome do protocolo	SADI67640/2025062
Dr. abertura protocolo	14/02/2023
Cidade	CAMPOM BELO
UF	MG
nº de vidas	11
nº CRO(S) únicos divulgados	2
Atende outros convênios	<input type="checkbox"/>
Moeda	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
R\$ 0,38	<input type="text"/>
Última produc.	<input type="text" value="NÃO POSSUI"/>
Valor última prod.	<input type="text"/>
Status retenção	<input checked="" type="checkbox"/> Retenção efetiva <input type="checkbox"/> Desligamento <input type="checkbox"/> Não trata-se de retenção
Obs.:	23/02/2023: Divulgação suspensa, segue para tratativa
1º contato	Data <input type="text" value="23/02/2023"/>
2º contato	Data <input type="text" value="07/03/2023"/>
Obs.:	Encaminhada mensagem através do WhatsApp 35 9701-2372 e e-mail questionando a solicitação de desligamento, aguardando retorno
3º contato	Data <input type="text" value="21/03/2023"/>
Obs.:	Em retorno ao e-mail na qual ofereci suporte Dr aceita realizar o treinamento, para esclarecimento das duvidas
4º contato	Data <input type="text" value="03/04/2023"/>
Obs.:	MARIA EDUARDA CAVALHEIRO DOMINGOS 222955; Bom dia! O setor de Treinamentos Odontolife CONFIRMA a participação do(a) Dr.(a), no treinamento/fechadura pela ministrante Alessandra às 10h. Diante do cumprimento da demanda, bem como realizado o envio dos materiais de apoio (via whatsapp), estamos finalizando este protocolo
Motivo Retenção	<input type="checkbox"/> Ofertado novos valores <input checked="" type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou recidagem <input type="checkbox"/> Ofertado suporte <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação <input type="checkbox"/> Outros
Obs.:	Dr estava com difuldades no sistema, ofereci treinamento e suporte, Dr aceitou e realizou o treinamento.
Motivo desligamento	<input type="checkbox"/> Perda de Contato <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde <input type="checkbox"/> Beneficiário Grosserio <input type="checkbox"/> Valores <input type="checkbox"/> Franquia <input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico <input type="checkbox"/> Removido prestador <input type="checkbox"/> Burocracia <input type="checkbox"/> Glosas <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento <input type="checkbox"/> Encerramento da atividades <input type="checkbox"/> Regras Técnicas <input type="checkbox"/> Migração <input type="checkbox"/> Divulgação indevida <input type="checkbox"/> Baixa procura <input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central <input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta <input type="checkbox"/> Ameaça judicialização <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético <input type="checkbox"/> Aposentou <input type="checkbox"/> Mudou de área <input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular - sem interesse convênio <input type="checkbox"/> Terceirização de atendimento <input type="checkbox"/> Período liberação de guias <input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS
Obs. Geral	<input type="checkbox"/> Necessário: Abertura de protocolo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
3º contato	<input type="text" value="35 99972-2349 - 12105 00 17106 - 1109 odontolife 12105 - 17-01 - Confirmando se estávamos"/>
Setor responsável	<input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Central de atendimento
Obs.:	Agata B. Gomes