

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Andrey Vidal Siqueira			Qtd CRO(s) 4
				Data 01/11/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	7941	ES	LARISSA SARAIVA BARBOSA	
CNPJ	CPF			
	40182557000105			06773802679
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
27/10/2021	J	Operadora	SAD172980065287	24/10/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
ES	VILA VELHA	890	45	
Atende outros convênios Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,40	Sem guias	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
24/10/2024	01/11/2024	8 dia(s)		

1º contato Data 01/11/2024

Obs.:

Olá Dr(a). MANOLO BICALHO PEREIRA, tudo bem?
Recebemos a sua solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento.

Status retenção
<input type="checkbox"/> Retenção Efetiva
<input checked="" type="checkbox"/> Desligamento
<input type="checkbox"/> Não se trata de Retenção

2º contato Data 01/11/2024

Obs.:

Conforme validação anterior, foi confirmado e solicitado a retirada das prestadoras LARISSA SARAIVA BARBOSA CRO 7941 / IZABELA MENDES FERREIRA CRO 8861 / ANA CAROLINE COCO BELIZARIO CRO 9662 pois não trabalham mais no local. Segue evidência em anexo.

3º contato Data _____

Obs.:

4º contato Data _____

Obs.:

Áreas Divulgadas		
<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input checked="" type="checkbox"/> Periodontia	
<input type="checkbox"/> Dentística	<input type="checkbox"/> Prótese Dentalria	
<input type="checkbox"/> Endodontia	<input checked="" type="checkbox"/> Clinico Geral	
<input type="checkbox"/> Ortodontia	<input type="checkbox"/> Urgencia e Emergência	
<input type="checkbox"/> Radiologia	<input type="checkbox"/> Periodontia	



Quantidade de dentistas por área			
Cirurgia	6	Periodontia	
Dentística		Prótese Dentalria	
Endodontia	20	Clinico Geral	
Ortodontia		Urgencia e Emerg.	
Radiologia		Odontopediatria	

<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"/> 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 type="checkbox"/> Buscado contato nas REDES CONCORRENTES
---	---

Obs. Desligamento _____

Em contato com a clínica no telefone: (27) 998850557, foi confirmado que as prestadoras citadas não fazem mais parte do quadro clínico, sem telefone pessoal para indicação.

Kelly Oliveira

Maykon Dal'Negro