

OdontoLife
FARMACIA ODONTOLÓGICA

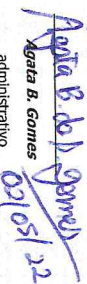
Sº contato	Data	
Obs.: _____		

Motivo Retenção		
<input type="checkbox"/> Ofertado novos valores	<input type="checkbox"/>	Ofertado suporte
<input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou reciclagem	<input type="checkbox"/>	Outros
Obs.: _____		

Motivo desligamento		
<input type="checkbox"/> Perda de de Contato	<input type="checkbox"/>	Problemas de Saúde
<input type="checkbox"/> Valores	<input type="checkbox"/>	Franquia
<input type="checkbox"/> Removido prestador	<input type="checkbox"/>	Burocracia
<input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema	<input type="checkbox"/>	Sem local de Atendimento
<input type="checkbox"/> Regras Técnicas	<input type="checkbox"/>	Migração
<input type="checkbox"/> Baixa procura	<input type="checkbox"/>	Dificuldade de contato com a Central
<input type="checkbox"/> Apenas particular	<input type="checkbox"/>	Apenas procedimentos estético
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficiário Grossoeiro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteração responsável técnico
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Glosas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Divulgação indevida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informação prestada incorreta

Obs.:
Em contato com a Doutora amanda PJ responsavel da clinica informa que doutora claudia mudou se de cidade, questiono telefone e e-mail de contato informa que não possui, questiono se possui outro dentista para substituir a colocação da doutora, informa que no momento não.

Sector responsável		
<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/>	Análise técnica
<input type="checkbox"/> Central de atendimento	<input type="checkbox"/>	Comercial

Keilla Castro Caldas Coordenação	 Agata B. Gomes administrativo
Ivan Vaghini administrativo	