



Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Andrey vdal siqueira			Data
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	39938	SP	MARTA DE MORAIS	
CNPJ	CPF			
46298483000153		01725551837		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
08/04/2024	J	Operadora	SAD17230332488	07/08/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
SP	LIMEIRA	1.073	23	
Atende outros convênios		Quais?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	Sem guias	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização	Status retenção	
07/08/2024	20/09/2024	44 dia(s)	<input type="checkbox"/> Retenção Efetiva <input checked="" type="checkbox"/> Deslocamento	

1º contato	Data	27/08/2024	<input type="checkbox"/> Não se trata de Retenção
Obs.:			
Olá Dr(a). DAVID JOAO GONCALVES GALO, tudo bem?			
Recebemos sua solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento.			

2º contato	Data	17/09/2024
Obs.:		
Bom dia.		
Tentativa de contato via e-mail: LIMEIRA@MEDICMAIS.COM.BR, sem sucesso, destinatário não encontrado.		

3º contato	Data	20/09/2024
Obs.: Conforme conversa pelo WhatsApp: (19) 996286768, Clínica informou que somente o RT DAVID JOAO GONCALVES GALO CRO: SP - 42729 está atendendo na clínica, pois estão alterado o quadro de profissionais. (Segue print em anexo)		

4º contato	Data	<input type="text"/>
Obs.:		

5º contato	Data	<input type="text"/>	Planos Odontológicos
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 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"/> Regras 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 Publico	<input type="checkbox"/> Mudou de Área	
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Falta de Reajuste	

Necessário abertura de protocolo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Obs. Geral	Confirmado com a clínica que os prestadores citados não fazem mais parte do quadro clínico. Sem telefone possoal para indicação.	

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