



Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		Qtd CRO(s)		2	
JESSICA PACHECO		Data		08/07/2025	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	21959	ba	CAMILA MATOS DA SILVA CARDOSO		
CNPJ		CPF			
51728784000100		04205236506			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
17/10/2023	J	Operadora	SAD175164257349	04/07/2025	
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
BA	SALVADOR	4.759	279		
Atende outros convênios		Quais?			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,30		R\$ -			
Data início	Data final	Tempo finalização			
08/07/2025	08/07/2025	0 dia(s)			
1º contato	Data	08/07/2025			
Obs.:					
Mensagem: Olá Dr(a). RAIANE DE SOUZA DANTAS, tudo bem? Recepcionamos a solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento. Em breve entraremos em contato!					
2º contato	Data	08/07/2025			
Obs.:					
Mensagem: Bom dia, Conforme protocolo inicial SAD175157236863 a remoção da prestadora Camila foi solicitado pela própria clínica, dito isso, seguirei com a desativação;					

Assunto

Remoção de corpo clínico

Mensagem

Boa tarde. A dra. Camila matos não faz mais parte do corpo clínico, conforme informado mês anterior, gostaria de realizar a remoção da Dra. do corpo clínico.

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

Quantidade de dentistas por área			
	Cirurgia		Periodontia
	Dentística		Protese Dentaria
	Endodontia		Clinico Geral
	Ortodontia		Urg e Emerg.
	Radiologia		Odontopediatria

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 SELECIONE "OUTROS".		
Motivo desligamento		
<input type="checkbox"/> Perda de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro
<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 Publico	<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	

Kelly Oliveira	Maykon Dal'Negro
----------------	------------------