

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)	1	
	Data	03/07/2025	
JESSICA PACHECO			
Operadora	CRO	UF	Nome dentista
ODONTOLIFE	1519	RO	JOCIMARA DE FATIMA SANTIAGO
CNPJ	CPF		
09311007000107		63483297200	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo
27/10/2015	J	Operadora	SAD174912520879
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
RO	PORTO VELHO	632	46
Atende outros convênios			
Quais?			
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
Moeda	Última produç.	Valor última prod.	
0,30	-	R\$ -	
Data inicio	Data final	Tempo finalização	
05/06/2025	03/07/2025	28 dia(s)	
1º contato	Data	05/06/2025	
Obs.:			
Mensagem: Bom dia, Visto que há somente um fixo cadastrado, realizei buscas no GOOGLE pela razão social da empresa : Localizado um contato whatsapp: 69 99360-0801			
2º contato	Data		
Obs.:			
Mensagem: Bom dia, Encaminhado mensagem para verificar solicitação;			
3º contato	Data	20/06/2025	
Obs.:			
Mensagem: Boa tarde, Ligação sem sucesso. Sem retorno até o presente momento. Encaminhado nova mensagem;			
4º contato	Data	03/07/2025	
Obs.:			
Mensagem: Bom dia, Visto que nenhum retorno foi dado via e-mail, ligações e mensagens, foi feito pesquisa e não localizamos nenhum outro contato seguirei com a desativação;			

Áreas Divulgadas	
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia	<input checked="" type="checkbox"/> Periodontia
<input checked="" 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 Emergencia
<input type="checkbox"/> Radiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Odontopediatria

Quantidade de dentistas por área		
Cirurgia	Periodontia	
Dentística	Prótese Dentalria	
Endodontia	Clinico Geral	
Ortodontia	Urg 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 checked="" 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 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"/> Burocacia 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	

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