

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Andrey Vidal Siqueira			Qtd CRO(s)	2
				Data	08/10/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	33040	PR	FERNANDA DE MATTIA		
CNPJ	CPF			5º contato	Data
	44565576000171			09266060933	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
19/07/2022	J	Operadora	SAD171528352762	09/05/2024	
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
PR	MEDIANEIRA	228	4		
Atende outros convênios			Quais?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO				
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,45	Sem guias	R\$ -			
Data inicio	Data final	Tempo finalização			
09/05/2024	03/10/2024	147 dia(s)			

1º contato Data 08/10/2024

Obs.:

REALIZADA TODAS AS TENTATIVAS POSSÍVEIS DE CONTATO VIA LIGAÇÃO, WHATSAPP E E-MAIL, PORÉM SEM SUCESSO. REALIZADA PESQUISA GOOGLE/REDES SOCIAIS E CREDENCIADAS PARA LOCALIZAR NOVOS CONTATOS, E NÃO OBTIVEMOS SUCESSO NO NÚMERO ENCONTRADO.

2º contato Data _____

Obs.:

3º contato Data _____

Obs.:

4º contato Data _____

Obs.:

5º contato Data _____

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 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"/> 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

SIM NÃO

Obs. Geral

Tratativa estava sendo conduzida pelo gestor Maykon, onde em validação foi nos informado que a clínica não atende mais ao convênio, porém foi esgotadas as tentativas de contato para possível retenção e não obtivemos retorno. Ao ser questionado como beneficiário no telefone a clínica respondeu porém ao se apresentarmos como operadora, clínica encerrou a chamada. Seguiremos com o desligamento por perca de contato conforme solicitado pela gestão.

Setor responsável

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

Poliana Andrade Silva _____
Maykon Dal'Negro _____