

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
	Data			16/08/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	94486	SP	ADRIANA SAYURI KUSUDA	
CNPJ	CPF			
	31548360805			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
18/11/2019	F	Operadora	SAD17201922606	05/07/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
SP	SAO PAULO	33.492	1176	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	01/11/2023	R\$ 52,20		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
05/07/2024	16/08/2024	42 dia(s)		

1º contato Data 15/08/2024

Obs.:

adrianasayuri@bol.com.br
Boa tarde Drª ADRIANA SAYURI KUSUDA CRO: SP - 94486, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento devido a estar encerrando suas atividades, gostaria de confirmar essa informação. Procede?Fico no aguardo de seu retorno, para darmos sequencia na tratativa.Atenciosamente,

2º contato Data 15/08/2024

Obs.:

Andrey Vidal Siqueira
Olá Boa tarde
Andrey td sim e vc?? Sim... descredenciamento Motivo: Mudei de São Paulo obrigada
Adriana Sayur Enviado do meu Galaxy

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 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 checked="" 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

Em contato com RT, a mesma confirma que encerrou suas atividades em seu consultório pois mudou de cidade. Em contato com a mesma para verificar se possui interesse em realizar um novo cadastro na nova cidade, assim iremos indicar ao credenciamento.

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
-----------------------	------------------