

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
Data				25/06/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	29415	RJ	DANIELLA BRITO FERREIRA DE OLIVEIRA	
CNPJ	CPF			03270944780
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
29/10/2019	F	Operadora	SAD171137565329	25/03/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
RJ	RESENDE	1.554	70	
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		
25/03/2024	25/06/2024	92 dia(s)		
1º contato	Data	25/03/2024		
Obs.:				
Mensagem: Bom dia, A mesma está gerando negativas de atendimento, SAE171042449287.				
2º contato	Data	07/05/2024		
Obs.:				
Mensagem: Bom dia, Feito contato via WPP: 24 99267-5231, para confirmar informações.				
3º contato	Data	09/05/2024		
Obs.:				
Mensagem: Bom dia, Feito contato novamente via WPP:24 99267-5231, sem resposta até o momento.				
4º contato	Data	16/05/2024		
Obs.:				
Mensagem: Boa tarde. Feito contato no telefone: 24 99254-4896, ainda sem retorno até o momento.				

5º contato Data 27/05/2024

Obs.:

Mensagem:
Bom dia.
Ainda sem retorno nos telefones cadastrados. Encaminhado E-mail para: clinica.oralcope@gmail.com conforme no anexo.

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 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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> NÃO |
|------------------------------|---|

Obs. Geral

<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
---------------------------------------	----------------------------------