

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			3
	Data			06/09/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	67919	MG	AMANDA VIANA DA CUNHA	
CNPJ	CPF			
41700819000149		08923419630		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
25/09/2023	J	Operadora	SAD172538621270	05/09/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
MG	BELO HORIZONTE	7.970	217	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,35	-	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
06/09/2024	06/09/2024	0 dia(s)		

1º contato Data 05/09/2024

Obs.:

Em contato para validação com a clínica, foi informa que a DOUTORA AMANDA VIANA DA CUNHA CRO 67919, não atende mais na clínica.

2º contato Data 05/09/2024

Obs.:

05/09/2024 17:14De:
JACQUELINE MARIA DE OLIVEIRA 46761Status:
Mensagem:
A DRA AMANDA JA NAO TRABALHA MAIS CONOSCO

3º contato Data 06/09/2024

Obs.:

Mensagem:
Olá Dr(a). JACQUELINE MARIA DE OLIVEIRA, tudo bem?

Repcionamos a solicitação, e já estamos dando sequência ao seu atendimento. Em breve daremos o retorno!

4º contato Data 06/09/2024

Obs.:

Mensagem:
Boa tarde,

Visto que a propria clínica confirmou o desligamento da prestadora, estou realizando buscas no GOOGLE para indica-la para novo credenciamento antes de seguir com o formulário.

5º contato Data 06/09/2024

Obs.:

Mensagem:
Boa tarde,

Buscas no GOOGLE pela prestadora sem sucesso conforme evidenciado abaixo, nada consta , desta forma, seguiremos com o desligamento.

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 Grosseiro |
| <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"/> Regras 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

<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