

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
	Data			20/02/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	9121	PB	ANTONIO PEREIRA DE VASCONCELOS JUNIOR	
CNPJ	CPF			05220957473
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
28/07/2023	F	Operadora	SAD170506916077	12/01/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
PB	CAMPINA GRANDE	112	8	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	SEM GUIAS	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
12/01/2024	20/02/2024	39 dia(s)		
1º contato	Data	25/01/2024		
Obs.:				
Boa tarde, Encaminhamos mensagem para o Dr ás 15:41, para saber o motivo pelo qual o Dr deseja se descrender. O mesmo informou que seria pela baixa demanda, ofertamos uma ação de divulgação, suporte e treinamento. O Dr aceitou realizar uma ação de divulgação, ele informou que também deseja incluir uma nova prestadora, aguardando documentos para realizar a inclusão.				
2º contato	Data	26/01/2024		
Obs.:				
Bom dia, Abrimos um protocolo no SAE170627265021, para prospecção de beneficiários.				
3º contato	Data	20/02/2024		
Obs.:				
Boa tarde, Em contato com o Dr, o mesmo confirmou que deseja continuar coma parceria. Ofertamos uma ação de divulgação, treinamento, suporte e reajuste de tabela ao completar 12 meses. Fizemos a confirmação de áreas de atuação e endereço. Endereço: RUA SULPINO COLACO nº 33, CEP: 58400446 Bairro: SAO JOSE/Cidade: CAMPINA GRANDE - PB Telefones clínica: (83) 981291729, (83) 988170610, (83) 21537857/ Áreas de atuação:CLINICA GERAL DENTISTICA ANDODONTIA PERIODONTIA PROTECO DENTARIA				
4º contato	Data	20/02/2024		
Obs.:				
Boa tarde, Realizado beneficiário oculto onde o Dr CONFIRMOU realizar atendimentos pelo plano. Att.				

5º contato Data \_\_\_\_\_

Obs.:

## Ação Retenção

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ofertado Novos Valores | <input type="checkbox"/> Ofertado Suporte    | <input checked="" type="checkbox"/> Ofertado Divulgação |
| <input type="checkbox"/> Ofertado Treinamento   | <input type="checkbox"/> Ofertado Reciclagem | <input type="checkbox"/> Outros                         |

Obs.: **OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CASO SELECIONE "OUTROS".**

Em contato com o Dr, o mesmo deseja se desligar devido a baixa demanda. Ofertamos para o Dr uma ação de divulgação, suporte e treinamento, o dr aceitou continuar com o plano.

## 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 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                           |   |  |

## Necessário abertura de protocolo

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
|------------------------------|------------------------------|

Obs. Geral

## Setor responsável

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

Agata B. Gomes

Maykon Dal'Negro