

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			8
	Data			07/02/2024
DUANY VITÓRIA BALHUK				
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	54944	MG	NAYARA ARRUDA DA SILVA	
CNPJ	CPF			
23234873000164				43254276272
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
07/11/2023	J	Operadora	SAD170370237866	27/12/2023
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
MG	ARAGUARI	484	14	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	-		
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,56	29/12/2023	R\$ 49,28		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
27/12/2023	07/02/2024	42 dia(s)		
1º contato	Data	15/01/2024		
Obs.:				
INTERAÇÃO VIA PROTOCOLO Olá Dr(a). ESTER STOPA DE OLIVEIRA CASTRO, tudo bem? Recebemos a sua solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento, retornaremos em breve. --- Verificando com a RT se possui o contato pessoal da prestadora Nayara. 34 3513-3333 15/01 ás 8h09.				
2º contato	Data	07/02/2024		
Obs.:				
Clínica não possui telefone pessoal da mesma, não encontrado nenhum meio de contato no google, redes sociais e concorrentes!				
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 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"/> 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

Secretaria informou que prestadora não faz mais parte do corpo clínico, não possui telefone pessoal da mesma. Não encontrado nenhum meio de contato no google, redes sociais e concorrentes!

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