

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
	Data			13/08/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	66923	MG	MARCO TULIO NERES DA SILVA	
CNPJ	CPF			01950947602
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
01/06/2023	F	Operadora	SAD172000980894	03/07/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
MG	SETE LAGOAS	5.617	75	
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		
09/07/2024	13/08/2024	35 dia(s)		

1º contato Data 09/07/2024

Obs.:

Mensagem:
Olá Dr(a). MARCO TULIO NERES DA SILVA, tudo bem?

Recepionamos sua solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento. Em breve entraremos em contato!

2º contato Data 10/07/2024

Obs.:

Mensagem:
Bom dia,
Visto que o número da clínica não é mais o contato para falar com o Dr. Marco e não possuem o contato dele, estou realizando buscas no google para localizar mais contatos.

3º contato Data 13/08/2024

Obs.:

Não localizei outros contatos do doutor no google para realizar contato.

Contudo, visto que foi informado tanto na validação , quanto no contato do relacionamento que o doutor mudou de ESTADO, não poderemos ofertar atualização cadstral por não ser possível utilizar o mesmo CRO em outro estado. Seu CRO ainda consta ativo no site do CFO, o que indica que não fez a transferencia não havendo possibilidade de realizar novo credenciamento.

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

Motivo: MUDANÇA DE ESTADO

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