

Formulário - Processo de Retenção



Qtd CRO(s)	1				
Data	16/02/2024				
Colaborador	ELLEN AGATHA DE OLIVEIRA CORDOVIL				
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	57205	MG	GABRIELE DA SILVA COSTA		
CNPJ	CPF	12660894620			
Data inclusão	14/03/2023	Tipos	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
			Operadora	SAD170801657430	15/02/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
MG	POUSO ALEGRE	124	12		
Atende outros convênios			Quais?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO				
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,30	02/09/2023	R\$ 181,03			
Data inicio	Data final	Tempo finalização			
15/02/2024	16/02/2024	1 dia(s)			
1º contato	Data	16/02/2024			
Obs.: Boa tarde, Em contato com a Drª, a mesma informa que não deseja continuar com o plano. A Drª informou que está tirando todos os convênios que atende na clínica, ela deseja atender apenas no particular. Segue interação com a Drª:[14:52, 15/02/2024] Retenção: Falo com a Drª GABRIELE DA SILVA COSTA CRO: MG - 57205, estou entrando em contato referente a sua solicitação de desligamento do plano, gostaria de saber qual seria sua insatisfação com o plano?[15:14, 15/02/2024] +55 35 9803-8811: Boa tarde Ágatha, tudo bem?					

2º contato	Data	16/02/2024
------------	------	------------

Obs.: CONTINUAÇÃO: [15:14, 15/02/2024] +55 35 9803-8811: Não é questão de insatisfação, desde que montei meu consultório a intenção era ir saindo dos convênios e atender somente no particular, e, agora eu já estou conseguindo fazer isso. Agradeço pela oportunidade, mas chegou a hora de descrender. [15:15, 15/02/2024] Retenção: Tudo sim Drª, obrigada por perguntar. [15:15, 15/02/2024] Retenção: Agradeço pelo retorno![15:16, 15/02/2024] Retenção: Teria algo que pudéssemos fazer para manter a parceria ? [18:43, 15/02/2024] +55 35 9803-8811: Infelizmente não, que nem eu falei, já era uma coisa que estava planejado há algum tempo		
---	--	--

3º contato	Data	16/02/2024
------------	------	------------

Obs.: _____		
-----------------------	--	--

4º contato	Data	16/02/2024
------------	------	------------

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 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 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 checked="" 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

Em contato com a Drª, a mesma informa que não deseja continuar com o plano. A Drª informou que está tirando todos os convênios que atende na clínica, ela deseja atender apenas no particular. Sendo assim, seguiremos com o seu desligamento.

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

