

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)	1	
		Data	
GABRIELY MORENA PACHECO		15/02/2024	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista
ODONTOLIFE	9729	PB	EBONI FERNANDES DO NASCIMENTO NEVES
CNPJ	CPF		
47609803000101		36289756893	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo
11/05/2023	J	Operadora	SAD170612283282
Dt. abertura protocolo	24/01/2024		
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
PB	CAMPINA GRANDE	112	8
Atende outros convênios			
Quais?			
<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Dental God	
Moeda	Última produç.	Valor última prod.	
30/01/1900	sem guias	*	
Data inicio	Data final	Tempo finalização	
24/01/2024	15/02/2024	22 dia(s)	
1º contato	Data	15/02/2024	
Obs.:			
interação via protocolo: Recebemos a sua solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento.			
2º contato	Data	15/02/2024	
Obs.:			
Encaminhado mensagem via whatsapp no número (83) 998091127 no dia 15/02/24 as 12:12, porém até o momento não houve retorno			
3º contato	Data	15/02/2024	
Obs.:			
[12:22, 15/02/2024] Retenção - Odontolife: Gostaríamos de saber o motivo, seria por financeiro, baixa demanda ou algum problema técnico? [12:23, 15/02/2024] +55 83 9809-1127: estamos fazendo o desligamento de alguns planos mesmo [12:26, 15/02/2024] Retenção - Odontolife: Entendo, teria algo que poderíamos tentar fazer para evitarmos essa situação? [12:40, 15/02/2024] +55 83 9809-1127: não [12:48, 15/02/2024] Retenção - Odontolife: Verifiquei que a doutora teria aceitado nossas propostas, aconteceu algo para a doutora mudar de ideia? [12:48, 15/02/2024] +55 83 9809-1127: não [13:02, 15/02/2024] +55 83 9809-1127: só quero o desligamento mesmo			
4º contato	Data		
Obs.:			

5º contato	Data	15/02/2024
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"/> Valores <input type="checkbox"/> Franquia <input type="checkbox"/> Removido Prestador <input type="checkbox"/> Sem Local de Atendimento <input type="checkbox"/> Dificuldades com o Sistema <input type="checkbox"/> Prazo Liberação de Guias <input type="checkbox"/> Régras Técnicas <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos Estéticos <input type="checkbox"/> Baixa Procura <input type="checkbox"/> Dificuldade de Contato com a Central <input type="checkbox"/> Cobrança indevida <input type="checkbox"/> Burocracia Operadora <input type="checkbox"/> Ameaça Judicialização <input type="checkbox"/> Terceirização de Atendimento <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 checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Obs. Geral		
Clínica solicita o desligamento por motivos pessoais, já tínhamos tentado uma retenção porém a doutora não aceitou.		
Setor responsável		
<input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Central de atendimento <input type="checkbox"/> Análise Técnica <input type="checkbox"/> Comercial		
<hr/> <i>Aaata B. Gomes</i> <hr/> <i>Mavkon Dal'Neiro</i>		

