

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	DUANY VITORIA BALHUK			Qtd CRO(s)	1
				Data	24/04/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	123698	SP	CAROLINA PISTILLE MARTINS		
CNPJ	CPF				
	40223725000163		34720467830		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
29/12/2021	J	Operadora	SAD170963988767	05/03/2024	
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
SP	CAPIVARI	48	2		
Atende outros convênios					
Quais?					
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	*			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,35	03/05/2023	R\$ 11,90			
Data inicio	Data final	Tempo finalização			
05/03/2024	24/04/2024	50 dia(s)			
1º contato	Data	18/04/2024			
Obs.:					
Enviado whatsapp (19) 992705313 18/04.					

2º contato	Data	24/04/2024			
Obs.:					
Em conversa anterior: [13:47, 18/04/2024] Retenção Odontolife: Drª CAROLINA PISTILLE MARTINS CRO: SP - 123698 foi nos informado que não atende mais a área de odontologia isso? [13:47, 18/04/2024] Retenção Odontolife: Por um acaso teria alguma insatisfação com o plano? [17:14, 18/04/2024] +55 19 99270-5313: boa tarde... eu parei de atender convênios [17:41, 18/04/2024] Retenção Odontolife: Sim sim, mas com o plano teria alguma insatisfação? [17:43, 18/04/2024] +55 19 99270-5313: não, tranquilo					

3º contato	Data	24/04/2024			
Obs.:					
Bom dia, Verificado no facebook que a mesma atende nas concorrentes abaixo: sulamerica - Não consta divulgada Metlife - Não consta divulgada Hapvida - Não consta divulgada Amil - Constá divulgada Bradesco - Constá divulgada					

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 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 Público	<input type="checkbox"/> Mudou de Área				
<input type="checkbox"/> Óbito					

Necessário abertura de protocolo					
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO				
Obs. Geral					
Drª informou que não possui nenhuma insatisfação com o plano, apenas não irá atender NENHUM convênio mais. Irá realizar apenas atendimentos no PARTICULAR					

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		