

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
Data				
ELLEN AGATHA DE OLIVEIRA CORDOVIL				29/01/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	141606	SP	ALEXANDRE TROFINO DEAMO	
CNPJ	CPF			
-		43776901837		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
19/01/2022	F	Operadora	SAD170618200232	25/01/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
SP	RIBEIRAO PRETO	1.778	67	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,35	SEM GUIAS	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
25/01/2024	29/01/2024	4 dia(s)		

1º contato	Data	25/01/2024
------------	------	------------

Obs.:

Boa tarde,
Encaminhamos uma mensagem às 17:28, para verificar o motivo de descredenciamento. Aguardando retorno.

2º contato	Data	29/01/2024
------------	------	------------

Obs.:

Bom dia, Em contato com o Dr, o mesmo informa que não irá continuar com os atendimentos. O Dr irá se mudar de cidade e não atuará como dentista. Segue interação com o Dr:[17:28, 25/01/2024] Retenção: Falo com o Dr ALEXANDRE TROFINO DEAMO CRO: SP - 141606, estou entrando em contato referente a sua solicitação de desligamento do plano, gostaria de saber qual seria sua insatisfação com o plano?[17:44, 25/01/2024] +55 11 98236-4544: boa tarde, tbm é vc? desculpa, hoje solicitei pela 2a vez mas tive problema no meu computador e acabei esquecendo de entrar em contato[17:45, 25/01/2024] +55 11 98236-4544: nenhum insatisfação específica

3º contato	Data	29/01/2024
------------	------	------------

Obs.:

CONTINUAÇÃO: mas deixarei a cidade em breve então quero me desligar[17:51, 25/01/2024] Retenção: Obrigada pelo retorno Dr! [17:52, 25/01/2024] Retenção: Poderia me informar para qual o Dr irá? Poderíamos fazer um novo credenciamento, visto que o Dr é importante para nós.[17:53, 25/01/2024] +55 11 98236-4544: Campinas, mas não atuará mais clinicando. [17:55, 25/01/2024] Retenção: Entendi Dr, irá atender somente particular? [17:56, 25/01/2024] +55 11 98236-4544: o trabalho não será em odonto, por um tempo

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 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"/> 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

Em contato com o Dr, o mesmo informa que mudará de cidade. Questionei o mesmo qual seria a cidade para qual iria se mudar, para que pudesse sugerir um novo credenciamento, no entanto o Dr informa que não atuará como dentista.

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