

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			6
	Data			23/09/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	58817	MG	CRISTIANE MARIA DE AQUINO	
CNPJ	CPF			
	46470826000115			06361135667
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
22/12/2022	J	Operadora	SAD172658224630	SAD172658224630
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
MG	TIMOTEO	139	7	
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		
17/09/2024	23/09/2024	6 dia(s)		

1º contato Data 23/09/2024

Obs.:

Mensagem:
Olá Dr(a). LETICIA SOARES DE ANDRADE BEGATI, tudo bem?

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

2º contato Data 23/09/2024

Obs.:

Mensagem:
Bom dia,
Encaminhado mensagem para confirmar saída das prestadoras;

3º contato Data 23/09/2024

Obs.:

[10:17, 23/09/2024] ☺: Motivo do meu contato, é referente a solicitação de desligamento em nosso site acerca de duas prestadoras de seu corpo clínico e gostaria de confirmar se elas não atuam mais no local ou se não irão mais atender ao plano somente : CRISTIANE MARIA DE AQUINO-58817 , JULIANA COSTA DE SOUZA-60492

[10:22, 23/09/2024] +55 31 8765-6973: Bom dia

[10:22, 23/09/2024] +55 31 8765-6973: Tudo bem? Sim, pode fazer o desligamento das duas por favor

4º contato Data 23/09/2024

Obs.:

Bom dia,

Conforme nota anterior, clinica confirma a saida das prestadoras.

5º contato Data 23/09/2024

Obs.:

Você

Bom dia Dra. LETICIA SOARES DE ANDRADE BEGATI MENDES tudo bem?
Estimo que sim....

Sim, pode fazer o desligamento das duas por favor

10:22

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 checked="" 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 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

<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
---------------------------------------	----------------------------------