

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	DUANY VITORIA BALHUK			Qtd CRO(s)	3
				Data	23/10/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	13489	PE	MAIARALI BENTO DE LIMA		
CNPJ	CPF				
	41829874000133			09315744470	
Data inclusão	05/11/2021	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
		J	Operadora	SAD169445767298	11/09/2023
UF	PE	Cidade	PAULISTA	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
				235	87
Atende outros convênios	Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Moeda	0,35	Última produç.	SEM GUIAS	Valor última prod.	R\$ -
Data inicio	11/09/2023	Data final	23/10/2023	Tempo finalização	42 dia(s)
1º contato	Data	23/10/2023			

Obs.:
Enviado whatsapp (81) 41080804 23/10 às 11h58, questionando se a informação está correta.

2º contato Data 23/10/2023

Obs.:
[12:01, 23/10/2023] +55 81 4108-0804: Exatamento, somos outra Administração.
[12:02, 23/10/2023] Retenção - Odontolife: Ok, iremos seguir com o desligamento para realizar um novo credenciamento com as informações corretas. [12:03, 23/10/2023] +55 81 4108-0804: Não temos interesse em credenciar [12:03, 23/10/2023] +55 81 4108-0804: Obrigado! Questionei se possuía alguma insatisfação com o plano e o motivo. Aguardando retorno.

3º contato Data 23/10/2023

Obs.:
Informou que: ``No momento não estamos querendo credenciar apenas.``

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"/> 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		
Informou que não possui interesse em se credenciar, questionei o motivo ou se possuía alguma insatisfação com o plano e informou que apenas não querem se credenciar no momento.		

Setor responsável			
<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Central de atendimento	<input type="checkbox"/> Análise Técnica	<input type="checkbox"/> Comercial
Assinatura			
Agata B. Gomes			