

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)		1
	Data		07/03/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista
ODONTOLIFE	42497	RJ	ISABEL CASTRO SERRA EBERIENOS
CNPJ	CPF		
40896111000142		10989806707	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo
09/05/2023	J	Operadora	SAD170972481870
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
RJ	RIO DE JANEIRO	7.488	739
Atende outros convênios		Quais?	
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
Moeda	Última produç.	Valor última prod.	
0,30	30/01/2024	R\$ 4,20	
Data inicio	Data final	Tempo finalização	
22/02/2024	07/03/2024	14 dia(s)	
1º contato	Data	07/03/2024	
Obs.:			
Boa tarde, Seguiremos com o desligamento da clinica conforme descrição do protocolo encaminhado. Att,			
2º contato	Data		
Obs.:			
3º contato	Data		
Obs.:			
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 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 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"/> Regras 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 checked="" 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 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

cobrança indevida a beneficiária VALESKA RODRIGUES CEZARIO , procedimento de Radiografia Panoramica ao qual não aceitou realizar a devolução do valor cobrado R\$ 90,00 . Seguindo com o desligamento.

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