

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
Data				
Alexandro Souza Rego			25/07/2023	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	12299	PR	MARCELO VILAS BOAS	
CNPJ	CPF			01711611905
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
23/02/2021	F	Operadora	SAD16721590478	27/12/2022
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
PR	SANTO ANTONIO DA PLATINA	691	17	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0.75	SEM GUIAS			
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
27/12/2022	25/07/2023	210 dia(s)		

1º contato Data 17/02/2023

**Obs.:**

Olá Dr(a). MARCELO VILAS BOAS, tudo bem  
Informamos que sua solicitação foi recepcionada e está em andamento.  
Ficamos a disposição para auxilia-lo(a) da melhor forma possível.

\*\*Encaminhamos mensagem via Whatsapp --- e aguardamos seu retorno para que possamos dar continuidade.

2º contato Data 17/02/2023

**Obs.:**

Tentativa de contato (43) 35345598, (43) 984753659 as 8:28 sem sucesso  
Encaminhado whats (43) 984753659, questionando novamente a solicitação e ofertando divulgação, aguardo retorno  
Encaminho e-mail

3º contato Data 17/02/2023

**Obs.:**

Em retorno por whats doutor informa que teve nenhuma procura por ortodontia em todo esse tempo, oferto divulgação e treinamento,

Segue em anexo conversa com o doutor, aguardo retorno

4º contato Data 31/05/2023

**Obs.:**

Sem retorno do Dr via e-mail MARCELOVBOAS@HOTMAIL.COM

Tentativa de contato realizada novamente, porém sem sucesso até o momento (43) 35345598, (43) 984753659

5º contato Data 03/07/2023

**Obs.:**

Enviado e-mail MARCELOVBOAS@HOTMAIL.COM, em 29/06/2023 às 14:24, pois os e-mails enviados anteriormente, não há possibilidade de resgatá-los p/ anexar prints ao processo.

**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 checked="" 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"/> Carteira de Clientes Particular | <input type="checkbox"/> Estudos                              |  |
| <input type="checkbox"/> Servidor Público                | <input type="checkbox"/> Mudou de Área                        |  |
| <input type="checkbox"/> Óbito                           | <input type="checkbox"/> Motivos Particulares                 |  |

**Necessário abertura de protocolo**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
|------------------------------|------------------------------|

**Obs. Geral**

Boa tarde!

Dentista solicita o descredenciamento, pois informa que nenhum beneficiário foi na sua clínica

**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