

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
	Data			31/07/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	30728	PR	PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA	
CNPJ	CPF			
	17715031810			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
21/10/2020	F	Dentista	SAD171890999492	20/06/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
PR	UMUARAMA	1.264	28	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,40	-	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
05/07/2024	31/07/2024	26 dia(s)		
1º contato	Data	05/07/2024		
Obs.:				
Mensagem: Olá Dr(a). PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA, tudo bem? Recepionamos sua solicitação e estamos dando sequência ao seu atendimento. Em breve entraremos em contato !				
2º contato	Data	05/07/2024		
Obs.:				
Mensagem: Boa tarde, Haja vista que doutora já está atuando como PJ , por gentileza remover a divulgação do cadastro PF para seguirmos com o desligamento.				
3º contato	Data	31/07/2024		
Obs.:				
Boa tarde, Visto que doutora realizou a migração e o cadastro PF permaneceu ativo, SEGUE FORMULÁRIO DE DESLIGAMENTO por motivo de MIGRAÇÃO;				
4º contato	Data			
Obs.:				

5º contato Data 31/07/2024

Obs.:

Boa tarde.

Visto que doutor não autorizou o desconto da cobrança indevida e não está de acordo com esta regra da operadora e ja cobrou em nota no protocolo que está aguardando o desligamento SEGUE FORMULÁRIO DE DESLIGAMENTO por motivo de burocracia operadora.

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 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 checked="" 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 | <input type="checkbox"/> Falta de Reajuste | |

Necessário abertura de protocolo

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

Obs. Geral

Setor responsável

- | | | | |
|------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <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