

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.:

Oi 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 para 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 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 checked="" 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

SIM 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