

Formulário - Processo de Retenção

Colaborador		Qtd CRO(s)		1	
Alexandro Souza Rego		Data		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 início	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 auxiliá-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, oferta 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, porem sem sucesso ate 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 SELECIONE "OUTROS".**

Motivo desligamento

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perda de Contato | <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde | <input type="checkbox"/> Beneficiário Grosso |
| <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 clinica

Setor responsável

- ☐ T.I. ☐ Central de atendimento ☐ Análise Técnica ☐ Comercial

Agata B. Gomes