

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)		1
			Data
MARILLIA FILLA			12/07/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista
ODONTOLIFE	30328	PR	ETIENNE RIBEIRETE FERREIRA
CNPJ	CPF		
47315004000122		10469789930	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo
18/10/2022	PJ	Dentista	SAD168666595415
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
SANTO ANTONIO DA PLATINA	PR	691	17
Atende outros convênios	Quais?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	NÃO INFORMADO	
Moeda	Última produç.	Valor última prod.	
0,45	mai/23	R\$ 187,85	
Data inicio	Data final	Tempo finalização	
13/06/2023	12/07/2023	29 dia(s)	
1º contato	Data	13/06/2023	
Obs.:	Gostaria de realizar o desligamento pois fechamos nosso consultorio		
2º contato	Data	21/06/2023	
Obs.:	Mensagem visivel ao dentista - Olá Dr(a). ETIENNE RIBEIRETE FERREIRA, 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 43 9903-5055 --- e aguardamos seu retorno para que possamos dar continuidade.		
3º contato	Data	27/06/2023	
Obs.:	Tentativa de contato telefônico (43) 999035055 16h01 sem sucesso. No WhatsApp a mensagem não chega, encaminhada através do e-mail		
4º contato	Data	27/06/2023	
Obs.:	Em retorno ao E-mail Dra informou que está fechando o consultório e irá atender na odontoexcellence, e eles não atendem plano.		

5º contato Data _____

Obs.:

Motivo Retenção

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ofertado novos valores | <input type="checkbox"/> Ofertado suporte | <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação |
| <input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou reciclagem | <input type="checkbox"/> Outros | |

Obs.:

Motivo desligamento

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perda de Contato | <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde | <input type="checkbox"/> Beneficiário Grosseiro |
| <input type="checkbox"/> Valores | <input checked="" 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"/> Ameaça Judicialização | <input type="checkbox"/> Tercerização de Atendimento | |
| <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"/> Motivos Particulares | |

Necessário abertura de protocolo

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|---|

Obs. Geral

Dra encerrou as atividades no consultorio, irá atender na odontoexcellence

Setor responsável

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> Análise técnica | <input type="checkbox"/> Comercial |
| <input type="checkbox"/> Central de atendimento | | |

Agata B. Gomes