

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
Data				
Camila Guilherme				05/10/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	7267	AM	WALDILENE DE SOUZA RIBEIRO	
CNPJ	CPF			
48302660000153		00052719243		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
27/04/2023	J	Operadora	SAD169651804813	05/10/2023
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
AM	MANAUS	4.712	98	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	SEM GUIAS	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
05/10/2023	05/10/2023	0 dia(s)		

1º contato Data 05/10/2023

Obs.:

Referente a tratativa do protocolo 40641420230814000094 - Dra Waldilene não faz mais parte do corpo clínico, credenciada em outro CNPJ. Por gentileza seguir com o desligamento.

2º contato Data 05/10/2023

Obs.:

Conforme interação da própria DRA WALDILENE DE SOUZA RIBEIRO , segue abaixo:03/10/2023 11:49De:WALDILENE DE SOUZA RIBEIRO via APP ddf0e49555e075ab4a12a12e
Mensagem:Meu nome ainda consta em outra clínica. Em outro cnpj . 48.30266/00001-53.

3º contato Data 05/10/2023

Obs.:

Protocolo anterior (registrado incorretamente no nome da prestadora 40641420230822000258)

4º contato Data

Obs.:

5º contato Data

Obs.:

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 checked="" 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 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 type="checkbox"/> NÃO |
|------------------------------|------------------------------|

Obs. Geral

Conforme interação da própria DRA WALDILENE DE SOUZA RIBEIRO , segue abaixo:03/10/2023 11:49De:WALDILENE DE SOUZA RIBEIRO via APP
Mensagem:Meu nome ainda consta em outra clínica. Em outro cnpj . 48.30266/00001-53.

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