



Formulário - Processo de Retenção



Qtd CRO(s)

1

Colaborador

Data

Alexandro Souza Rego

20/07/2023

Operadora	CRO	UF	Nome dentista
ODONTOLIFE	2451	SC	NORTON MALBURO

CNPJ	CPF
-	43452922987

Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
18/08/2021	F	Operadora	SAD168631277295	07/03/2023

UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
SC	JOINVILLE	11.919	64

Atende outros convênios

☐ SIM ☐ NÃO

Quais?

Moeda	Última produç.	Valor última prod.
0.40	SEM GUIAS	

Data início	Data final	Tempo finalização
07/03/2023	20/07/2023	135 dia(s)

Status retenção

- ☐ Retenção Efetiva
☒ Desligamento
☐ Não se trata de Retenção

1º contato Data 20/03/2023

Obs.:

-Entrado em contato (via Whatsapp 17/03/2023 às 17:42), porém sem retorno.

2º contato Data 31/03/2023

Obs.:

Bom dia
Tentativas de contato para verificar se consultório já normalizou atividades sem sucesso: ;17/03 as 17:40;23/03 as 09:14;24/03 as 09:54;;1/03 as 10:14;Tentativas por whatsapp e ligações no telefone (47) 999847552.

3º contato Data 04/04/2023

Obs.:

Tentativa de contato telefônico (47) 999847552 14:04 sem sucesso.
Encaminhada mensagem através do WhatsApp e e-mail, aguardando e-mail.

4º contato Data 18/04/2023

Obs.:

Encaminhada mensagem através do WhatsApp para confirmação se o Dr retornou aos atendimentos 17/04 conforme informado anteriormente. Aguardando retorno
Arquivos:

5º contato

Data

07/06/2023

Obs.:

tentativa de contato (47) 999847552 e e-mail nortonmalburg@gmail.com SEM SUCESSO para verificar se o Doutor já retornou com os atendimento pelo plano.

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 checked="" type="checkbox"/> Perda de Contato | <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde | <input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro |
| <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 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

☐ SIM ☐ NÃO

Obs. Geral

Em contato para validar o atendimento do doutor pelo plano , informa que : Devido a um vazamento de água;estou tendo que fazer conserto. Devido a complexidade do serviço retornarei em aproximadamente 10 a 15 dias.

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