

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
	Data			18/10/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	33094	PR	VANESSA CALLEGARI RIVA	
CNPJ	CPF			
	07555853990			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
04/05/2022	F	Operadora	SAD16935282650	31/08/2023
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
PR	CAMPO MOURAO	8.802	45	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,45	24/05/2023	219,60		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
31/08/2023	18/10/2023	48 dia(s)		

1º contato Data 31/08/2023

Obs.:

Protocolo registrado pela Dra: Bon dia, gostaria de solicitar o desligamento, devido a não estar atendendo mais, por motivos de estar cursando uma especialização e fazendo estágio na área, e também não estar mais em mais nenhum consultório odontológico, então gostaria de estar fazendo o desligamento do convênio, para que não haja mais nenhuma recorrência negativa, sobre procura de atendimento. Gostaria de saber também, se num futuro eu volte a atender clínica, ainda posso me cadastrar ao plano novamente? desde já obrigado

2º contato Data 18/10/2023

Obs.:

Formalizando tratativa , informando à Dra que estaremos à disposição, para futuramente a mesma nos acionar para novo credenciamento.
(Via whats app, protocolo e via e-mail)

3º contato Data _____

Obs.:

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 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 checked="" 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

Gostaria de solicitar o deslig, devido a não estar atendendo mais, por motivos de estar cursando uma especialização e fazendo estágio na área, e tb não estar mais em mais nenhum consultório odontológico. Gostaria de saber também, se num futuro eu volte a atender clinica, ainda posso me cadastrar ao plano novamente?

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