

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Fernanda Wunderlick			Qtd CRO(s)	1			
				Data	06/06/2023			
Operadora	CRO	UF	Nome dentista					
ODONTOLIFE	43909	RJ	KAMILLA JULIA SPERCAZECHEI RAMALHO DE CAMPOS					
CNPJ	CPF							
	35899237848							
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo				
17/01/2023	PF	Operadora	SAD16849262420	24/05/2023				
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados					
NOVA FRIBURGO	RJ	58	3					
Atende outros convênios	Quais?							
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não							
Moeda	Última produç.	Valor última prod.						
0,35	NÃO POSSUI	R\$ -						
Data inicio	Data final	Tempo finalização						
24/05/2023	04/07/2023	41 dia(s)						
1º contato	Data	24/05/2023						
Obs.:	<p>Bom dia!</p> <p>Em contato com dra. ofertei divulgação, suporte e questionei quais as insatisfações dela com o plano e como podemos ajudar, porém dra. informa que não se adaptou ao convênio, não teve procura e não aceita divulgação e solicita descredenciamento. Aberto protocolo de desligamento para retenção seguir tratativa.</p>							
2º contato	Data							
Obs.:								
3º contato	Data							
Obs.:								
4º contato	Data							
Obs.:								

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 type="checkbox"/> Franquia | <input type="checkbox"/> Alteração responsável ténico |
| <input type="checkbox"/> Removido prestador | <input type="checkbox"/> Burocracia | <input type="checkbox"/> Glosas |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema | <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento | <input type="checkbox"/> Encerramento de atividades |
| <input type="checkbox"/> Regras Técnicas | <input type="checkbox"/> Prazo de Liberação de Guia | <input type="checkbox"/> Divulgação indevida |
| <input checked="" type="checkbox"/> Baixa procura | <input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central | <input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta |
| <input type="checkbox"/> Cobrança indevida | <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético | <input type="checkbox"/> Aposentou |
| <input type="checkbox"/> Ameaça judicialização | <input type="checkbox"/> Sem interesse em convênio | <input type="checkbox"/> Mudou de área |
| <input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular | <input type="checkbox"/> Terceirização de atendimento | <input type="checkbox"/> Período liberação de guias |
| <input type="checkbox"/> Servidor Público | <input type="checkbox"/> Vendeu a Clínica | <input type="checkbox"/> Motivos particulares |
| <input type="checkbox"/> Óbito | | |

Necessário abertura de protocolo

- Sim Não

Obs. Geral

Em contato com dra. ofertei divulgação, suporte e questionei quais as insatisfações dela com o plano e como podemos ajudar, porém dra. informa que não se adaptou ao convênio, não teve procura e não aceita divulgação e solicita descredenciamento.

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