

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
	Data			07/03/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	25444	RS	CAMILA SOARES DE SOUZA	
CNPJ	CPF			
	27511071000105			03636246003
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
28/08/2023	J	Operadora	SAD170972481870	06/03/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
RS	VIAMAO	662	11	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	28/11/2023	R\$ 18,30		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
06/03/2024	07/03/2024	1 dia(s)		

1º contato Data 07/03/2024

Obs.:

Bom dia, Após contato via wpp 51 8063-6267 27/02, Dra informou que:
"Seria pq Tivemos muitos Transtornos com a Comunicação com o plano ,sempre com Instabilidade tbm não tinha asseso adequado pelo Sait ,sempre em Instabilidade" Foi oferecido suporte e treinamento para a Dra, a mesma iria avaliar e daria retorno, encaminhei mensagem hoje novamente para verificar qual seria o posicionamento da mesma, e desejam seguir com o DESLIGAMENTO. Realizando a tratativa conforme solicitado.

2º contato Data

Obs.:

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 SELECIONE "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 checked="" type="checkbox"/> Dificuldades com o Sistema | <input type="checkbox"/> Prazo Liberação de Guias | <input type="checkbox"/> Encerramento de Atividades |
| <input type="checkbox"/> Regras 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"/> Migração |
| <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 | | |

Necessário abertura de protocolo

SIM NÃO

Obs. Geral

Dra relatou instabilidade e dificuldade ao utilizar o sistema, foi oferecido suporte e treinamento, mas a mesma recusou e solicitou o desligamento.

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

Maykon Dal'Negro