

Formulário - Processo de Retenção



Planos Odontológicos

Colaborador Operadora: ODONTOLIFE CRO: 33534 UF: PR Nome dentista: MARULLA FILLA JULIA NICOLETTI LEITE CNPJ: - CPF: - Data inclusão: 04/05/2022 Tipo: PF Demandado por?: Dentista Nº do protocolo: SAD16716614686 Dt. abertura protocolo: 23/02/2023 Cidade: UNIARAAMA PR: 1.087 UF: PR nº de vidas: 26				Qty CRO(s) : 1 Data : 04/05/2023
Atende outros convênios <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Moeda : R\$ Última produc.: - Valor última prod.: NÃO INFORMADO Data inicio : 23/02/2023 Data final : 04/05/2023 Tempo finalização : 70 dias(s)				5º contato : Data : Obs.:
Obs.: Tentativa de contato telefônico (44) 998037177 D.º informa que deseja se desligar pois não atende mais na clínica que usava o plano a um bom tempo! Agora está em outro local. Questiono se ela deseja realizar a mudança de endereço e assim permanecer com a parceria, aguardando retorno.				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
1º contato : Data : 06/04/2023 Obs.: Encaminhada mensagem através do WhatsApp (44) 998037177 questionando o motivo a solicitação de desligamento. Aqui guardando retorno				Motivo desligamento <input type="checkbox"/> Perda de Contato <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde <input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoiro <input type="checkbox"/> Valores <input type="checkbox"/> Franquia <input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico <input type="checkbox"/> Removido prestador <input type="checkbox"/> Burrocada <input type="checkbox"/> Gloss <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 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 estéticos <input type="checkbox"/> Aposentou <input type="checkbox"/> Amarga judicialização <input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular <input type="checkbox"/> Mudou de área <input type="checkbox"/> Servidor Público <input type="checkbox"/> Sem interesse em convênio <input type="checkbox"/> Período liberação de guias <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Vendida a Clínica <input type="checkbox"/> Motivos particulares
2º contato : Data : 12/04/2023 Obs.: Em retorno pelo WhatsApp 44 998037177 D.º informa que deseja se desligar pois não atende mais na clínica que usava o plano a um bom tempo! Agora está em outro local. Questiono se ela deseja realizar a mudança de endereço e assim permanecer com a parceria, aguardando retorno.				Necessário abertura de protocolo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
3º contato : Data : 24/04/2023 Obs.: Tentativa de contato telefônico (44) 998037177 09h50 sem sucesso. Encaminhada nova mensagem através do WhatsApp - aguardando retorno				Setor responsável <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Central de atendimento
4º contato : Data : 04/05/2023 Obs.: Em retorno ao WhatsApp D.º informa que não tem interesse em cadastrar novo endereço (print em anexo no sistema)				<i>Agata B. de P. Gomes</i> Agata B. Gomes 05/05/2023