

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
Data				
GABRIELY MORENA PACHECO				20/02/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	7657	BA	JALILIA SANTOS BRAHIM AFONSO	
CNPJ	CPF			04969954135
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
16/08/2023	F	Operadora	SAD170480184355	09/01/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
BA	EUNAPOLIS	42	1	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	16/01/2024	R\$ 231,00		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
09/01/2024	20/02/2024	42 dia(s)		
1º contato	Data	16/02/2024		
Obs.:				
INTERAÇÃO VIA PROTOCOLO: Recebemos a sua solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento.				

2º contato	Data	16/02/2024
------------	------	------------

Obs.:	Encaminhado mensagem via whatsapp no número (73) 981016016 no dia 16/02/24 as 10:55, porém até o momento não houve retorno.
-------	---

3º contato	Data	20/02/2024
------------	------	------------

Obs.:	Doutora solicita desligamento por conta dos prazos de liberação como o de consulta e procedimento, alega que não foi informada referente a esses prazos no momento do credenciamento e nem chegou a receber treinamento, porém conforme termo de liberação do treinamento, a mesma recusou o treinamento. Informado referente a clausula decima do contrato pois tem menos de 1 ano (12 meses) de contrato. Encaminhado email a Gestão informando.
-------	--

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 checked="" 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

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
------------------------------	------------------------------

Obs. Geral

DOUTORA SOLICITA O DESLIGAMENTO POR CONTA DOS PRAZOS DE LIBERAÇÃO DE CONSULTA, PROCEDIMENTO E/OU GUIAS.

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