

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			2
Data				
JESSICA PACHECO				04/09/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	67677	MG	KATIA FERNANDA BARBOSA	
CNPJ	CPF			
53617322000140		08626487690		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
13/05/2024	J	Operadora	SAD17252961658	02/09/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
MG	BELO HORIZONTE	7.970	217	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,35		R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
04/09/2024	04/09/2024	0 dia(s)		

1º contato Data 04/09/2024

Obs.:

Mensagem:
Olá Dr(a). EDUARDA CAMPOS DE ALMEIDA, tudo bem?

Recepionamos a solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento. Em breve entraremos em contato!

2º contato Data 04/09/2024

Obs.:

Mensagem:
Bom dia,
Encaminhado mensagem para verificar solicitação:

3º contato Data 04/09/2024

Obs.:

[09:13, 04/09/2024] ☺:Motivo do meu contato é para confirmar a remoção da prestadora KATIA FERNANDA BARBOSA CRO 67677 de seu corpo clínico, que foi solicitado via site . Procede a informação? Ela não trabalha mais na clínica ou somente não atua mais pelo plano?
09:52, 04/09/2024] +55 31 7515-5445: Ela não trabalha mais na clínica
[17:50, 04/09/2024] ☺: Muito obrigada pela confirmação.

4º contato Data 04/09/2024

Obs.:

Baia tarde,

Conforme retorno da doutora em nota anterior , confirma remoção da prestadora.

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 checked="" 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"/> Migração |
| <input type="checkbox"/> Carteira de Clientes Particular | <input type="checkbox"/> Estudos | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Servidor Público | <input type="checkbox"/> Mudou de Área | |
| <input type="checkbox"/> Óbito | <input type="checkbox"/> Falta de Reajuste | |

Necessário abertura de protocolo

SIM NÃO

Obs. Geral

<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Central de atendimento	<input type="checkbox"/> Análise Técnica	<input type="checkbox"/> Comercial
------------------------------	---	--	------------------------------------

_____ Poliana Andrade Silva	_____ Maykon Dal'Negro
--------------------------------	---------------------------