

Formulário - Processo de Retenção



Planos Odontológicos

| | | | | | | |
|--|-----------------|--------------------|---|-----------------------------|------|------------|
| Colaborador | Kaiane Nogueira | | Qtd CRO(s) | 1 | Data | 10/05/2023 |
| Operadora | CRO | UF | Nome dentista | JOAO HENRIQUE SOUZA E SILVA | | |
| ODONTOLIFE | 23356 | RS | | | | |
| CNPJ | | | CPF | 01141068001 | | |
| Data inclusão | Tipo | Demandado por? | Nº do protocolo | Dt. abertura protocolo | | |
| 28/01/2022 | PF | Dentista | SAD167508081177 | 30/01/2023 | | |
| Cidade | UF | nº de vidas | nº CRO(s) únicos divulgados | | | |
| TAQUARA | RS | 157 | 1 | | | |
| Atende outros convênios | Quais? | | não informado | | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | | | | | |
| Moeda | Última produç. | Valor última prod. | | | | |
| 0,45 | 18/05/2022 | R\$ 124,60 | | | | |
| Data início | Data final | Tempo finalização | | | | |
| 30/01/2023 | 10/05/2023 | 100 dia(s) | | | | |
| 1º contato | Data | 23/03/2023 | Status retenção | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Retenção efetiva | | | |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> Desligamento | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Não trata-se de retenção | | | |
| Obs.: Em retorno informa que motivo é pouca disponibilidade da agenda e estão focando no atendimento particular, informo as vantagens de atender o plano e que pode atender conforme disponibilidade de agenda oferta suporte, divulgação, aguardo retorno | | | | | | |
| 2º contato | Data | 03/04/2023 | | | | |
| Obs.: Encaminhado whas (51) 997121484 questionando se pode nos dar mais uma chance aguardo retorno | | | | | | |
| 3º contato | Data | 20/04/2023 | | | | |
| Obs.: Em contato (51) 35415221 as 17:25 com Vera ela informa que o motivo é apenas por não ter agenda, dr atende no consultório 1 vez na semana e o restante no Hospital da Cidade e por esse motivo resolveu não atender mais planos, oferta suporte, divulgação e a possibilidade de reajuste, Vera informa que vai conversar com o doutor, e depois é para entrar em contato novamente semana que vem | | | | | | |
| 4º contato | Data | 26/04/2023 | | | | |
| Obs.: Encaminhado whas para Vera, oferta suporte, divulgação, informo a vantagem de atender o plano, que o dr pode atender conforme disponibilidade de agenda, informo que não possui custo para se manter credenciado, aguardo retorno | | | | | | |

| | | |
|---|---|--|
| 5º contato | Data | 10/05/2023 |
| Obs.: Em contato (51) 35415221 as 11:36 com Vera ela informa que realmente não tem nada que possa ser feito, pois o dr não tem agenda e quer atender apenas particular, e se futuramente decidir voltar a atender planos ele entra em contato | | |
| 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 técnico |
| <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 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"/> Carteira de clientes particular | <input type="checkbox"/> Mudou de área |
| <input checked="" type="checkbox"/> Servidor Público | <input type="checkbox"/> Terceirização de atendimento | <input type="checkbox"/> Período liberação de guias |
| <input type="checkbox"/> Óbito | <input type="checkbox"/> Vendeu a Clínica | <input type="checkbox"/> Motivos particulares |
| Necessário abertura de protocolo | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| Obs. Geral | | |
| Aberto SAE16837300716 para credenciamento de dentistas, pois em sua região possui 157 beneficiários e apenas 1 dentista divulgado | | |
| Setor responsável | | |
| <input type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> Análise técnica | <input type="checkbox"/> Comercial |
| <input type="checkbox"/> Central de atendimento | | |
| Assinado: <u>Agata B. de Aguiar</u> Agata B. Gomes 11/05/2023 | | |