

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		KAMILA DE CARVALHO		Qtd CRO(s)	1	Data	06/12/2022
Operadora	CRO	UF	Nome dentista				
Odontolife	43485	MG	LEONARDO SILVA FRANCO				
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo			
08/09/2022	PF	Dentista	SADI66265328356	08/09/2022			
Cidade	GOVERNADOR VALADARES	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados			
	MG		320	6			
Atende outros convênios		Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Não informado					
Moeda	0,40	Última produg.	Valor última prod.				
		30/10/2022	R\$ 420,00				
Data início	Data final	Tempo finalização					
08/09/2022	06/12/2022	89 dia(s)					
1º contato	Data	21/10/2022					
Obs.:	Consultora Kelly: Encaminhada mensagem via WhatsApp (33) 998501858						
2º contato	Data	28/10/2022					
Obs.:	Consultora Kelly: Encaminhada mensagem via WhatsApp (33) 998501858						
3º contato	Data	10/11/2022					
Obs.:	Encaminhado e-mail LEOS10FRANCO@HOTMAIL.COM, questionando se podemos fazer algo para que o Dr reconsidere a decisão, visto que o problema é falta de comprometimento dos beneficiários.						
(feito por: Ana Paula)							
4º contato	Data	22/11/2022					
Obs.:	aguardando retorno LEOS10FRANCO@HOTMAIL.COM (feito por: Ana Paula)						

5º contato	Data	01/12/2022
Obs.:		
Em retorno por whats e e-mail doutor informa que não quer mais continuar, pedimos uma oportunidade visto que o problema foi com os beneficiários mais sem acordo, doutor solicita se descredenciar. Seguimos com seu desligamento.(feito por Ana Paula)		
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 de Contato <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde <input checked="" 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"/> Glossas <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Regras Técnicas <input type="checkbox"/> Migração <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"/> Ameaça judicialização <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético <input type="checkbox"/> Aposentou <input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular - sem interesse convênio <input type="checkbox"/> Mudou de área <input type="checkbox"/> Atendimento apenas SUS <input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos		
Necessário abertura de protocolo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Obs. Geral		
Em retorno por whats e e-mail doutor informa que não quer mais continuar, pedimos uma oportunidade visto que o problema foi com os beneficiários mais sem acordo, doutor solicita se descredenciar. Seguimos com seu desligamento.(feito por Ana Paula)		
Sector responsável <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Central de atendimento		
Assinatura: <u>Agata B. Gomes</u> <u>06/12/22</u> <u>Ivan Vaghini</u>		