

Formulário - Processo de Retenção



| | | | | |
|--|------------|-------------------|-----------------------------|------------------------|
| Colaborador | | qm cro(s) | | 1 |
| KAMILA DE CARVALHO | | | | |
| Data | | 23/02/2023 | | |
| Operadora | CRO | UF | Nome dentista | |
| OdontoLife | 42626 | RJ | JEFFERSON MACHADO VAZ | |
| Data inclusão | Tipo | Demandado por? | Nº do protocolo | Dt. abertura protocolo |
| 10/08/2021 | PJ | Operadora | SAD167052003833 | 08/12/2022 |
| Cidade | UF | nº de vidas | nº CRO(s) únicos divulgados | |
| RIO DE JANEIRO | RJ | 5.345 | 687 | |
| Atende outros convênios | | Quais? | | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | Não informado | | |
| Moeda | Moeda | Última produç. | Valor última prod. | |
| 0,35 | | Sem guias | R\$ - | |
| Data início | Data final | Tempo finalização | | |
| 08/12/2022 | 23/02/2023 | 77 dia(s) | | |
| 1º contato | Data | 08/12/2022 | | |
| Obs.: Consultora Alayne: Em validação de rede para ação de inclusão de prestador, clínica informa que; Solicitem o desligamento. Contato realizado pelo whatsapp 21 97580-1532 | | | | |
| 2º contato | Data | 20/01/2023 | | |
| Obs.: Encaminhado mensagem no whats 21 97580-1532, questionando a sua solicitação | | | | |
| 3º contato | Data | 02/02/2023 | | |
| Obs.: Em retorno informa que não estão atendendo o plano, questiono o motivo | | | | |
| 4º contato | Data | 09/02/2023 | | |
| Obs.: Em retorno pelo whats informa que atende somente particular e que financeiramente não compensa , questiono se podemos verificar junto a diretoria a possibilidade de reajuste | | | | |

| | | |
|--|---|--|
| 5º contato | Data | 14/02/2023 |
| Obs.: Em retorno pelo whats informa que não tem interesse em negociação, questiono se tem algo que possamos fazer para que reconsidere sua decisão , informa que não. | | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> Perda de de Contato | <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde | <input type="checkbox"/> Beneficário Grosso |
| <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"/> 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"/> Mais tempo com os filhos |
| <input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS | | |
| Necessário abertura de protocolo | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | |
| Obs. Geral | | |
| Possui profissionais na região nas areas atuantes | | |
| Setor responsável | | |
| <input type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> Análise técnica | <input type="checkbox"/> Comercial |
| <input type="checkbox"/> Central de atendimento | | |
| <div> <div>Agata Bda Agninus</div> <div>Agata B. Gomes</div> <div>23/02/2023</div> </div> | | |