

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)		3
	Data		
Operadora	CRO	UF	Nome dentista
ODONTOLIFE	82772	SP	KARINE CASTANO IACOPONI
CNPJ	CPF		
34642951000186	28298850823		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo
06/06/2022	PJ	Operadora	SAD168501555122
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
SAO PAULO	SP	16.827	831
Atende outros convênios	Quais?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		
Moeda	Última produç.	Valor última prod.	
0,35	SEM GUIAS	R\$ -	
Data inicio	Data final	Tempo finalização	
25/05/2023	06/07/2023	42 dia(s)	

<input type="checkbox"/> Retenção efetiva
<input checked="" type="checkbox"/> Desligamento
<input type="checkbox"/> Não trata-se de retenção

1º contato Data 25/05/2023

Obs.:

Em contato para validar o atendimento da clinica pelo plano , informa que :
Pode descredenciar por favor
Qual seria o motivo para não atender mais
Paramos com convênio
Somente particular

2º contato Data

Obs.:

3º contato Data

Obs.:

4º contato Data

Obs.:

5º contato Data

Obs.:

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 ténico |
| <input type="checkbox"/> Removido prestador | <input type="checkbox"/> Burocacia | <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"/> Sem interesse em convênio | <input type="checkbox"/> Mudou de área |
| <input checked="" type="checkbox"/> Carteira de clientes particular | <input type="checkbox"/> Terceirização de atendimento | <input type="checkbox"/> Período liberação de guias |
| <input type="checkbox"/> Servidor Público | <input type="checkbox"/> Vendeu a Clínica | <input type="checkbox"/> Motivos particulares |
| <input type="checkbox"/> Óbito | | |

Necessário abertura de protocolo

- Sim Não

Obs. Geral

25/05/2023-Em contato para validar o atendimento da clinica pelo plano , informa que :
Pode descredenciar por favor,Qual seria o motivo para não atender mais ?Paramos com convênio
Somente particular

Setor responsável

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

Agata B. Gomes