

Formulário - Processo de Retenção



Planos Odontológicos

Qual CRO(s) Data

5º contato Data

Obs.:

Colaborador

Operadora CRO UF Nome dentista

Data inclusão Tipo Demandado por? Nº do protocolo Dt. abertura protocolo

Cidade UF nº de vidas nº CRO(S) únicos divulgados

Atende outros convênios ☐ Sim ☒ Não

Moeda Última produç. Valor última prod.

Data início Data final Tempo finalização

Status retenção ☒ Retenção eletiva ☐ Não trata-se de retenção

1º contato Data

Obs.: Consultoria Dayane: Em contato para validar o atendimento do doutor pelo plano, informa que não atende a área de ESTOMATOLOGISTA - IMPLANTODONTIA - PATOLOGIA BUCAL - PROTESE DENTÁRIA, questionei o motivo responde apenas que Vou ficar apenas com a cirurgia mesmo

2º contato Data

Obs.: Em contato por ligação no número (18) 36234914 informa que o Dr. esta atendendo ao plano mas não soube me confirmar as áreas de atuação, pediu retorno na segunda feira para verificar direto com o Dr.

3º contato Data

Obs.: Em contato por ligação no número (18) 36234914 disse que o Dr. não estava no momento mas que provavelmente por volta das 10:00 ele estaria no consultório, encaminhei mensagem no whatsapp para confirmar dados cadastrais.

4º contato Data

Obs.: Em contato através do whatsapp Dr. confirmou as áreas de atuação porém informa que no momento não está atendendo PROTESE DENTÁRIA, retratou area em que o Dr não está atendendo.

Motivo Retenção ☐ Ofertado novos valores ☐ Ofertado suporte ☐ Ofertado Divulgação ☐ Ofertado treinamento/ ou reciclagem ☒ Outros

Obs.:

Em contato foi validado os atendimentos através do plano, atualizado os dados cadastrais e confirmado as áreas de atuação..

Motivo desligamento

<input type="checkbox"/> Perda de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Benefício Grossoiro
<input type="checkbox"/> Valores	<input type="checkbox"/> Franquia	<input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico
<input type="checkbox"/> Removido prestador	<input type="checkbox"/> Buropacia	<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"/> 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"/> Terciarização de atendimento	<input type="checkbox"/> Mudou de área
<input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS		<input type="checkbox"/> Período liberação de guias

Necessário abertura de protocolo

☐ Sim ☐ Não

Obs. Geral

Contato com aluna conforme que se dar o plano para dental em data 14-03-2023 as 15:56

Sector responsável

☐ T.I ☐ Análise técnica ☐ Comercial ☐ Central de atendimento

Agata B. Gomes
12/04/2023