

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador			Qty CRO(s)	1
			Data	13/02/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
Odontolife	37382	RJ	ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dr. abertura protocolo
01/08/2019	PJ	Dentista	SAD167145743454	19/12/2022
Cidade	RIO DE JANEIRO	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
		RJ	5.345	687
Atende outros convênios				
<input type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	Quais?
Moeda	0,40	Última produç.	Valor última prod.	
		14/11/2022	R\$ 71,20	
Data início	Data final	Tempo finalização		
19/12/2022	13/02/2023	56 dia(s)		
Status retenção				
1º contato	Data	19/12/2022	<input type="checkbox"/>	Retenção efetiva
Obs.:	Dra solicita desligamento			
2º contato	Data	30/01/2023	solicito retirada divulgação // consultora jessica: Divulgação suspensa, segue para tratativa	
Obs.:				
3º contato	Data	31/01/2023		
Obs.:	Encaminhado mensagem no whats questionando sua solicitação, aguardando retorno// deixado mensagem visível para dentista			
4º contato	Data	08/02/2023		
Obs.:	Em retorno pelo whats informa que é devido a insatisfação da tabata, a dificuldade de liberação dos procedimentos, informo que podemos verificar a possibilidade de reajuste junto a diretoria, quanto a liberação o prazo é de até 7 dias, utéis para a análise, seguimos conforme regulamentação da ANS, informa que compreende mas infelizmente os pacientes não compreendem o procedimento e sempre geram grande conflito,			
			5º contato	Data
			13/02/2023	
Obs.:				
Em contato pelo whats verifiquei que o dentista possui quais laçadas recentes, questiono se podemos suspender a solicitação, retorna informando que está finalizando os tratamentos apenas e não tem interesse em permanecer com a parceria, questiono se tem algo que possamos fazer para que reconsidera informa que não.				
Motivo Retenção				
<input type="checkbox"/>	Ofertado novos valores			
<input type="checkbox"/>	Ofertado treinamento/ ou residagem			
<input type="checkbox"/>	Outros			
Obs.:				
Motivo desligamento				
<input type="checkbox"/>	Perda de de Contato			
<input type="checkbox"/>	Valores			
<input type="checkbox"/>	Renovado prestador			
<input type="checkbox"/>	Dificuldade Sistema			
<input type="checkbox"/>	Regras Técnicas			
<input type="checkbox"/>	Baixa procura			
<input type="checkbox"/>	Ameaça judicialização			
<input type="checkbox"/>	Carteira de clientes particular - sem interesse convênio			
<input type="checkbox"/>	Atendendo operas SUS			
<input type="checkbox"/>	Necessário abertura de protocolo			
<input type="checkbox"/>	Sim			
<input checked="" type="checkbox"/>	Não			
Obs. Geral				
Dr não concorda com tempo de liberação, informo que trabalhamos de acordo com regulamentação da ANS, reclama de valores informo que podemos verificar reajuste, sem interesse, questiono se tem algo que possa ser feito para que reconsidere sua decisão informa que não, possui profissionais na região, nas áreas atuantes.				
Setor responsável				
<input type="checkbox"/>	T.I			
<input type="checkbox"/>	Central de atendimento			
<input type="checkbox"/>	Análise técnica			
<input type="checkbox"/>	Comercial			