

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)		1	
MARIA LUIZA			Data	13/06/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	13693	go	MEIDSON DE MELO JUNIOR	
CNPJ	CPF			
	83194274104			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
17/01/2022	PF	Dentista	SAD16776714551	01/03/2023
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
ANAPOLIS	GO	594	16	
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		
01/03/2023	13/06/2023	104 dia(s)		
1º contato	Data	01/03/2023		
Obs.:	Profissional informa que está fechando o consultório e solicita o descredenciamento			
2º contato	Data	01/03/2023		
Obs.:	Conforme protocolo SAD167649329229, profissional informa que irá encerrar suas atividades, segue print com relato do mesmo, por gentileza seguir com a tratativa.			
3º contato	Data	09/05/2023		
Obs.:	Em retorno pelo wpp secretaria informa que o dr não vai mais atender nenhum plano e que vai fechar o consultório, questiono se aconteceu algo, informo que nossa parceria é de extrema importância aguardo retorno			
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"/> Burocracia | <input type="checkbox"/> Glosas |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema | <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento | <input checked="" 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 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

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|---|

Obs. Geral

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