

Formulário - Processo de Retenção



Planos Odontológicos

Colaborador		Julia Carvalho		qm CRO(s)	1	Data	25/04/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista				
ODONTOLIFE	69079	SP	ANELISE CRISTINA DE OLIVEIRA				
CNPJ	2678643000108	CPF	15991167826				
Data inclusão	15/09/2022	Pj	Dentista	SAD167844950710	10/03/2023		
Cidade	CAMPINAS	UF	nº de vidas	90			
Atende outros convênios		Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		NÃO INFORMADO					
Moeda	R\$ 0,35	última produç.	R\$ 183,61				
Data início	10/03/2023	Data final	25/04/2023	Tempo finalização	46 dia(s)		
1º contato	Data	10/03/2023					
Obs.: Consultora Dayane: Em contato com a doutora para confirmar se está atendendo pelo plano, seguinte retorno: Estamos tendo muitos desafios no pagamento e não está sendo viável os atendimentos neste convênio. Não conseguimos falar pelo telefone e está sendo bem desafiante. Talvez não vamos dar continuidade aos atendimentos. Se quiser ligar para nós após as 15:00 podemos solucionar, por favor.							
2º contato	Data	03/04/2023					
Obs.: Em ligação falei com Adrielle que me informou que atendem através do plano porém estão tendo dificuldades com guias glosadas e para receber pagamentos, questionei se haviam realizado o treinamento e a mesma disse que não, me informou o numero de uma guia recente que glosou.							
3º contato	Data	03/04/2023					
Obs.: Encaminhei o motivo para a mesma no whatsapp: 1251170 = Essa guia foi glosada pois de acordo com a regra do manual - selantes em dentes permanentes autorizado até 12 anos. Solicitei que por gentileza a mesma verificasse com a Dra Anelise se a mesma deseja realizar o treinamento para que isso não volte a ocorrer.							
4º contato	Data	20/04/2023					
Obs.: Em contato através do Whatsapp (19) 99232-2828 Dra Anelise informa que está atendendo ao plano, foi confirmado as áreas de atuação e dados cadastrais, orientada que em caso de dúvidas ou dificuldade pode solicitar o nosso apoio.							

5º contato	Data	
Obs.:		
Motivo Retenção		
<input checked="" type="checkbox"/> Ofertado novos valores <input checked="" type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou reciclagem	<input checked="" type="checkbox"/> Ofertado suporte <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação	<input type="checkbox"/> Ofertado suporte <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação
Obs.: Em contato com a Dra Anelise foi ofertado suporte e treinamento para que a mesma não voltasse a ter dificuldades com o plano, confirmado os dados cadastrais e áreas de atuação, confirmou o atendimento através do plano.		
Motivo desligamento		
<input type="checkbox"/> Perda de Contato <input type="checkbox"/> Valores <input type="checkbox"/> Remoção prestador <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema <input type="checkbox"/> Regras Técnicas <input type="checkbox"/> Baixa procura <input type="checkbox"/> Cobrança indevida <input type="checkbox"/> Ameaça judicialização <input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular <input type="checkbox"/> Servidor Público <input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde <input type="checkbox"/> Franquia <input type="checkbox"/> Burocracia <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento <input type="checkbox"/> Prazo de Liberação de Guia <input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético <input type="checkbox"/> Sem interesse em convênio <input type="checkbox"/> Tercetização de atendimento <input type="checkbox"/> Vendeu a Clínica	<input type="checkbox"/> Benefício Grosseiro <input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico <input type="checkbox"/> Glosas <input type="checkbox"/> Encerramento de atividades <input type="checkbox"/> Divulgação indevida <input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta <input type="checkbox"/> Aposentou <input type="checkbox"/> Mudou de área <input type="checkbox"/> Período liberação de guias <input type="checkbox"/> Motivos particulares
Necessário abertura de protocolo		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Obs. Geral		
contato pelo whatsapp 27-04-2023 Atende pelo plano do dentod uni		
Sector responsável		
<input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Central de atendimento	<input type="checkbox"/> Análise técnica	<input type="checkbox"/> Comercial
Assinatura: Agata B. de J. Gomes Agata B. Gomes 27/04/2023		