

## Formulário - Processo de Retenção



<b>Colaborador</b>			<b>Data</b>	
Kamila de Carvalho			08/04/2022	
<b>Operadora</b>	<b>CRO</b>	<b>UF</b>	<b>Nome dentista</b>	
Odontolife	63169	SP	ADRIANA CRISTINA DINIZ	
<b>Data inclusão</b>	<b>Tipo</b>	<b>Demandado por?</b>	<b>Nº do protocolo</b>	<b>Dt. abertura protocolo</b>
27/09/2018	PF	Dentista	SAD164519936122	18/02/2022
<b>Cidade</b>	<b>UF</b>	<b>nº de vidas</b>	<b>nº CRO(S) únicos divulgados</b>	
ITAQUAQUECETUBA	SP	529	5	
<b>Atende outros convênios</b>		<b>Quais?</b>		
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				
<b>Moeda</b>	<b>Última produção</b>			
0,33	out/21			
<b>Data início</b>	<b>Data final</b>	<b>Tempo finalização</b>		
18/02/2022	08/04/2022	49 dia(s)		

**1º contato**      **Data**      28/03/2022

**Obs.:**

Em contato pelo telefone (11) 46428517 às 13:30 Doutora informa que acha burocrático o sistema, onde segundo ela tem que anexar fotos por procedimentos simples, ofertado treinamento para entender melhor o processo, informa também que solicitou reajuste de tabela e não teve retorno, encaminhado tabela com reajuste de IPCA 0,33 aguardando retorno

**2º contato**      **Data**      08/04/2022

**Obs.:**

Em contato pelo whats informa que não tem como realizar os atendimentos e aguardar liberação das guias ou do token não quer ter que anexar imagens quando solicitado informo que ocorre a solicitação por questões de segurança beneficiário e operadora, ofertado suporte sem interesse

**3º contato**      **Data**

**Obs.:**

--

**4º contato**      **Data**

**Obs.:**

--

**5º contato**      **Data**

**Obs.:**

--

**Motivo Retenção**

<input checked="" type="checkbox"/> Ofertado novos valores	<input checked="" 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 de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro
<input type="checkbox"/> Valores	<input type="checkbox"/> Franquia	<input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico
<input type="checkbox"/> Removido prestador	<input checked="" type="checkbox"/> Burocracia	<input type="checkbox"/> Glosas
<input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema	<input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento	<input type="checkbox"/> Outros
<input checked="" 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"/> Apenas particular	<input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético	

**Obs.:**

Doutora so quer se manter com a parceria se ocorrer modificações nas regras técnicas onde precisa realizar o anexo de foto e detalhar procedimento prestado, informo que não podemos modificar processo por questões de segurança do beneficiário, dentista e operadora, informa que mesmo com suporte ou reajuste na tabela não tem interesse em continuar com a parceria.

**Setor responsável**

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

**Keilla Castro Caldas**

Coordenação

**Agata B. Gomes**

administrativo

**Ivan Vaghini**

administrativo