

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		KAMILA DE CARVALHO		Qtd CRO(s)	1	Data	30/11/2022
Operadora	CRO	UF	Nome dentista				
Odontolife	42544	RJ	RAMAYANA HERINGER LAGE				
Data Inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo			
26/12/2019	PJ	Operadora	SAD166456911553	30/09/2022			
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados				
RIO DAS OSTRAS	RJ	307	4				
Atende outros convênios		Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Não Informado					
Moeda	0,43	última produç.	R\$	126,85			
Data início	30/09/2022	Data final	Tempo finalização	61 dia(s)			
1º contato	Data	21/10/2022					
Obs.: Encaminhado mensagem no whats questionando os atendimentos, aguardando retorno.							
2º contato	Data	31/10/2022					
Obs.: Em retorno informa que não está atendendo questiono motivo, aguardando retorno							
3º contato	Data	09/11/2022					
Obs.: Tentativa de contato pelos telefones (22)99103-8804, (22)2210-1605, (22)2764-2628 sem sucesso. Encaminhado mensagem por whats e por e-mail, aguardando retorno.							
4º contato	Data	21/11/2022					
Obs.: Em retorno por e-mail padraodonto66@gmail.com informa que quer desligamento pois obteve prejuízo com 2 guias uma sendo o beneficiário ter cancelado o plano e outro por ultrapassar o prazo de validade, informo que conforme manual não realizamos repasse de pagamento de guias que ultrapassem o prazo ofertado aqui para frente							

5º contato	Data	30/11/2022
Obs.: Em retorno pelo whats informa que não quer suporte que vai finalizar os atendimentos e seguir com desligamento por conta do prejuízo.		
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 de Contato <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde <input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoleiro <input type="checkbox"/> Valores <input type="checkbox"/> Franquia <input checked="" type="checkbox"/> Alteração responsável técnico <input type="checkbox"/> Renovoio prestador <input type="checkbox"/> Burocracia <input type="checkbox"/> Glosas <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento <input type="checkbox"/> Outros <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"/> Mudou de área <input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS <input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos		
Necessário abertura de protocolo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Obs. Geral		
Em retorno por e-mail informa que teve muito prejuízo , encaminhado as glosas a diretoria técnica para verificar possibilidade de repasse, informa que conforme manual não realiza abertura de guias que ultrapassem o prazo, dra informa que vai finalizar os atendimentos e quer desligamento.		
Sector responsável <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial <input checked="" type="checkbox"/> Central de atendimento		
Assinatura: <u>Agata B. Gomes</u> <u>Ivan Vaghini</u> 06/10/22		