

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Fernanda Wunderlick			Qtd CRO(s) 9
				Data 04/07/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	8450	PB	CAMILA CILBENE GOMES CORTES DE ARAUJO	
CNPJ	CPF			
	24395005000129 07617168403			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
18/08/2021	PJ	Operadora	SAD168847488068	04/07/2023
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
JOAO PESSOA	PB	222	52	
Atende outros convênios	Quais?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,4	NÃO POSSUI	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
04/07/2023	15/08/2023	42 dia(s)		

1º contato Data 04/07/2023

Obs.:

Em tratativa ao protocolo 40641420230619000023 realizei contato com a clinica que me confirmou que os prestadores não fazem mais parte do corpo clinico, não souberam informar meios de contato com os Doutores.
8450 PB CAMILLA CILBENE GOMES CORTES DE ARAUJO
8463 PB EDGLADISSON RAMOS DA SILVA

2º contato Data

Obs.:

3º contato Data

Obs.:

4º contato Data

Obs.:

<input type="checkbox"/> Retenção efetiva
<input checked="" type="checkbox"/> Desligamento
<input type="checkbox"/> Não trata-se de retenção

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 checked="" 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 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

- Sim Não

Obs. Geral

Em contato com a clinica que foi confirmado que os prestadores não fazem mais parte do corpo clinico, não souberam informar meios de contato com os Doutores.

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