

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		KAMILA DE CARVALHO		Qtd CRO(s)	2	Data	07/02/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista				
Odontolife	11346	PR	VERUSCHKA BOSS VIEIRA				
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo			
25/02/2021	PJ	Operadora	SAD16710264301	14/12/2022			
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(s) únicos divulgados				
SANTO ANTONIO DA PLATINA	PR	691	17				
Atende outros convênios		Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		não informado					
Moeda	Última produç.	Valor última prod.					
0,70	SEM GUIAS	R\$ -					
Data início	Data final	Tempo finalização	Status retenção				
14/12/2022	07/02/2023	55 dia(s)	<input type="checkbox"/> Retenção efetiva <input checked="" type="checkbox"/> Desligamento <input type="checkbox"/> Não trata-se de retenção				
1º contato	Data	14/12/2022					
Obs.: CONSULTORA ALYNE: Em validação de rede para ação de inclusão de prestador, clínica informa que; solicita o desligamento por conta de valores. Por gentileza, efetuar o desligamento da clínica Em contato através do whatsapp 43 9923-1331							
2º contato	Data	30/01/2023					
Obs.: Encaminhado mensagem no whatsapp informando que podemos verificar a possibilidade de reajuste junto a diretoria, aguardando retorno							
3º contato	Data	07/02/2023					
Obs.: Em retorno pelo whatsapp informa que não tem interesse, questiono se tem algo que possa ser feito para que reconsidere sua decisão, informa que o sistema demanda tempo, solicitar guias e afins só se o paciente aceitasse diretamente com ela e o plano não exigisse tudo em sistema, informo que não temos como alterar as regras do plano.							
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 checked="" 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 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"/> Ameaça judicialização <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estéticos <input type="checkbox"/> Aposentou <input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular - sem interesse convênio <input type="checkbox"/> Mudou de área <input type="checkbox"/> Atendimento apenas SUS <input type="checkbox"/> Terceirização de atendimento <input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos			
Necessário abertura de protocolo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Obs. Geral			
Possui profissionais na região nas áreas atuantes			
Sector responsável <input checked="" type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Central de atendimento			
Assinatura: <u>Agata B de A Perim</u> Agata B. Gomes 11/02/2023			