

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador: **Kaiane Nogueira** **qui CRO(s)** **1** **Data** **05/05/2023**

Operadora **CRO** **UF** **Nome dentista**
ODONTOLIFE **54553** **MG** **WALLISON DANIEL TAVARES DE OLIVEIRA**

CNPJ **CPF**
01421102641

Data Inclusão **Tipo** **Demandado por?** **UF** **no de protocolos** **Dt. abertura protocolo**
08/02/2021 **PF** **Operadora** **MG** **6.062** **SAD167361304527** **13/01/2023**

Cidade **SETE LAGOAS** **UF** **no de vidas** **no CRO(S) únicos divulgados**
73

Atende outros convênios Sim Não **Qualis?** **Valor última prod.**
0,53 **Última produç.** **R\$** **87,00**

Data início **Data final** **Tempo finalização** **Status retenção**
13/01/2023 **05/05/2023** **112 dia(s)** Retenção efetiva Desligamento Não trata-se de retenção

1º contato **Data** **06/03/2023**
Obs.: Encaminhado whatsapp questionando se possui algo que possa ser feito, aguardo retorno

2º contato **Data** **13/03/2023**
Obs.: Encaminho para o doutor a proposta de reajuste, doutor informa que não quer, informa que está sem agenda, respondido o doutor que não tem custo para se manter credenciado e pode atender conforme agenda, doutor responde que não tem interesse, informo a vantagem de atender o plano, oferto suporte, divulgação, aguardo retorno

3º contato **Data** **23/03/2023**
Obs.: Doutor aceita continuar, informa que consegue atender uma vez na semana, informo que o doutor pode atender conforme disponibilidade, questiono os dados e aguardo retorno

4º contato **Data** **27/03/2023**
Obs.: Dr solicita reajuste contraproposta através do protocolo SAD167392615364

5º contato **Data** **11/04/2023** **17/04/2023**

Obs.: Encaminhado whatsapp para confirmação dos dados Doutor solicita mudança de endereço
 Endereço: Senhor dos Passos 34, centro, Sete Lagoas sala 101. /// encaminhado whatsapp questionando se ficou alguma dúvida, solicitando o termo assinado e o alvará, aguardo retorno/// Aguardando retorno com o termo assinado

Motivo Retenção Ofertado novos valores Ofertado suporte Ofertado Divulgação Ofertado treinamento/ ou readaptação Outros

Obs.: Dr não querria continuar pois relatava não ter disponibilidade, informo que não tem custo e que pode atender conforme disponibilidade de agenda, dr aceita continuar e logo depois solicita reajuste

Motivo desligamento

<input type="checkbox"/> Perda de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficário Grosseiro
<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"/> 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
foi obtido o renfornço e o termo assinado, com o valor confirmado

Setor responsável T.I. Análise técnica Comercial

Obs.: *Agata B. de J. Gomes*
09/05/2023