

Formulário - Processo de Retenção



Planos Odontológicos

Qtd CRO(S)	2		5º contato	Data		
		10/05/2023				
Colaborador						
MARILLIA FILLA						
Operadora	CRO	UF	Nome dentista			
ODONTOLIFE	11338	RS	ANDEE WEBBER ROSA			
CNPJ	CPF					
20621476000157		01638514925				
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	No do protocolo	Dt. abertura protocolo		
20/07/2022	PJ	Dentista	SAD166990065185	29/11/2022		
Cidade	CAXIAS DO SUL	RS	716	28	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
Atende outros convênios		Quais?				
<input type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	NÃO INFORMADO		
Moeda	Última produç.	R\$	-	Valor última prod.	Status retenção	
Data inicio	Data final	Tempo finalização				
29/11/2022	10/05/2023	162 dia(s)				
1º contato	Data	29/11/2022				
Obs.:		DAVANE VIEIRA FRAGA: Boa tarde. Tentativa de contato com o profissional dia 24/11 e encaminhado mensagem via WhatsApp sem sucesso . Tentativa de contato com o hoje dia 29/11 e encaminhado mensagem via WhatsApp sem sucesso . Doutor Bento liga recente. Podem verificar por gentileza				
2º contato	Data	29/11/2022				
Obs.:		DAYANE VIEIRA FRAGA 17276 : Boa tarde, Doutor respondeu que A clínica foi desativada Atenciosamente.				
3º contato	Data	07/12/2022				
Obs.:		Encaminhado mensagem no whats 54 8151-7566 questionando a solicitação, aguardando retorno				
4º contato	Data	12/01/2023				
Obs.:		<p>KAUANE NOGUEIRA DA SILVA - ODONTOLIFE 24821: Encaminhado mensagem no whats 54 8151-7566 questionando a solicitação, aguardando retorno 24/02/2023. Tentativa de contato (54) 30214070 as 8:17 sem sucesso. Encaminhado e-mail FACIALLISCAIXASDOSU@GMAIL.COM.BR, questionando atendimento, aguardo retorno 02/02/2023 Encaminhado whats, questionando a remoção, aguardo retorno Sem retorno pelo e-mail Tentaiva de ligação (54) 30214070 as 9:20 sem sucesso</p> <p>Agata B. Gomes 10/05/2023</p>				
Motivo Retenção						Obs.:
<input type="checkbox"/>	Oferiado novos valores	<input type="checkbox"/>	Ofertado suporte	<input type="checkbox"/>	Ofertado Divulgação	
<input type="checkbox"/>	Ofertado treinamento/ ou recidagem	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>		
Motivo desligamento						Obs.:
<input type="checkbox"/>	Péda de Contato	<input type="checkbox"/>	Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/>	Beneficiário Grossito	
<input type="checkbox"/>	Valores	<input type="checkbox"/>	Franquia	<input type="checkbox"/>	Alteração responsável ténico	
<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 checked="" type="checkbox"/>	Encerramento de atividades	
<input type="checkbox"/>	Regras Técnicas	<input type="checkbox"/>	Prazo de Liberatação 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"/>	Corrência indevida	<input type="checkbox"/>	Apenas procedimentos estético	<input type="checkbox"/>	Aposentou	
<input type="checkbox"/>	Ameaça judicialização	<input type="checkbox"/>	Sem interesses em convênio	<input type="checkbox"/>	Mudou de área	
<input type="checkbox"/>	Cartera de clientes particular	<input type="checkbox"/>	Terceirização de atendimento	<input type="checkbox"/>	Período liberação de guias	
<input type="checkbox"/>	Óbito	<input type="checkbox"/>	Vendeu a Clínica	<input type="checkbox"/>	Motivos particulares	
Necessário abertura de protocolo						Obs. Geral
<input type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não			
Realizada tentativas de contato com a clínica desde 29/11/2022 porém sem sucesso. Em ultimo contato Dr havia confirmado o fechamento da clínica.						
Setor responsável						
<input type="checkbox"/>	T.I	<input type="checkbox"/>	Análise técnica	<input type="checkbox"/>	Comercial	
<input type="checkbox"/>	Central de atendimento	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		