

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		KAUANE NOGUEIRA DA SILVA		Qtd CRO(s)	1	Data	30/01/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista				
Odontofilia	44280	RJ	GLAICE LAMARCO PEREIRA				
Data inclusão	26/07/2019	PF	Demandado por?	Nº do protocolo	SAD16663727130	Dt. abertura protocolo	24/10/2022
Cidade	RIO DE JANEIRO	RJ	UF	nº de vidas	5.345	nº CRO(S) únicos divulgados	687
Atende outros convênios		Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		não informado					
Moeda	0,30	última produç.	13/01/2022	Valor última prod.	R\$ 972,30		
Data início	26/07/2019	Data final	30/01/2023	Tempo finalização	1284 dia(s)		
1º contato	Data	15/12/2022	E 27/12/2022				
Obs.: Encaminhado e-mail glacie.lamarco@yaro.com.br e whats 21 96472-8366 para saber se está atendendo pelo plano, aguardo retorno/// Encaminho whats novamente 21 96472-8366, para verificar o motivo da solicitação de descredenciamento, aguardo retorno							
2º contato	Data	05/01/2023	E 18/01/2023				
Obs.: Mensagem: Bom dia, Doutora solicita receber o último comprovante do depósito, pois a mesma alega não ter recebido o repasse do valor, por gentileza poderia encaminhar para ela/// CONSULTORA GABRIELLE F. Segue anexo o comprovante de pagamento.							
3º contato	Data	18/01/2023					
Obs.: Encaminhado para o whats da doutora, aguardo retorno							
4º contato	Data	30/01/2023					
Obs.: Encaminhado whats novamente, questionando se podemos reativar sua divulgação e retornar com os atendimentos pelo plano, aguardo retorno							

5º contato	Data	30/01/2023
Obs.: Doutora solicita ajuda com as guias, questiona as glosas, me encaminha os números, informo que a maioria das guias já obteve o repasse, encaminhar o comprovante. Ao questionar se podemos reativar a divulgação, secretaria informa "Ela pediu pra dizer que se novamente depois dela enviar fotos das radiografia e vos autorizarem e depois glosar ela não vai mais trabalhar com vcs." Mas aceita continuar com o atendimento, oferto suporte daqui pra frente		
Motivo Retenção		
<input type="checkbox"/> Ofertado novos valores	<input checked="" type="checkbox"/> Ofertado suporte	<input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação
<input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou recdigen	<input type="checkbox"/> Outros	
Obs.: Doutora solicita ajuda com as guias, oferto suporte e o manual, Doutora aceita continuar com os atendimentos		
Motivo desligamento		
<input type="checkbox"/> Perda de de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoiro
<input type="checkbox"/> Valores	<input type="checkbox"/> Franquia	<input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico
<input type="checkbox"/> Renovido prestador	<input type="checkbox"/> Burocracia	<input checked="" 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 contato com o WhatsApp do convênio como Beneficiário, oferto, conforme atendimento pelo plano.		
Sector responsável	<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Análise técnica
<input type="checkbox"/> Central de atendimento		<input type="checkbox"/> Comercial
Assinado por: Agata B. da S. Gomes 01/02/2023		