

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Camila Guilherme			Qtd CRO(s)	1
				Data	01/08/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	32129	PR	GEMIMA RIBEIRO SALES DOS SANTOS		
CNPJ	CPF			5º contato	Data
	42621802000169			00893489905	
Data inclusão	09/03/2023	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
		J	Operadora	SAD168737785954	21/06/2023
UF	Cidade	nº de vidas		nº CRO(S) únicos divulgados	
PR	IBAITI	58		1	
Atende outros convênios					
Quais?					
<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,30	20/06/2023	R\$ 432,56			
Data inicio	Data final	Tempo finalização			
21/06/2023	01/08/2023	41 dia(s)			
1º contato	Data	21/06/2023			
Obs.:					
Protocolo Registrado pela Dentista:Boa tarde, encerraremos as atividades da nossa clínica no dia 03/07/2023, portanto não poderemos mais aceitar pacientes pelo plano, apenas vamos terminar as fichas que estão em aberto. Gostaria de saber como poderemos fazer o nosso desligamento e como ficará os valores que ainda não recebemos.					

2º contato	Data	30/06/2023
Obs.:		
Bom dia, Em contato para validação Drª informa que estão mudando de cidade por isso não atendem mais pelo plano.		

3º contato	Data	03/07/2023
Obs.:		
Boa tarde, Prezados! Por gentileza, retirar a divulgação, visto que a profissional está mudando de cidade. Dúvidas, estou à disposição.		

4º contato	Data	03/07/2023
Obs.:		
Boa tarde. Retirado a divulgação da clínica. Segue para tratativa.		

5º contato	Data	01/08/2023
Obs.:		
Registrado protocolo de credenciamento de todas às áreas possíveis, uma vez que à cidade possui 58 beneficiários e nenhum dentista credenciado-SAE169089547796		

Ação Retenção					
<input type="checkbox"/> Ofertado Novos Valores		<input type="checkbox"/> Ofertado Suporte		<input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação	
<input type="checkbox"/> Ofertado Treinamento		<input type="checkbox"/> Ofertado Reciclagem		<input type="checkbox"/> Outros	
Obs.: OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CASO SELEÇÃO "OUTROS".					

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 Técnico	
<input type="checkbox"/> Removido Prestador		<input type="checkbox"/> Sem Local de Atendimento		<input type="checkbox"/> Glosas	
<input type="checkbox"/> Dificuldades com o Sistema		<input type="checkbox"/> Prazo Liberação de Guias		<input checked="" type="checkbox"/> Encerramento de Atividades	
<input type="checkbox"/> Régras Técnicas		<input type="checkbox"/> Apenas procedimentos Estéticos		<input type="checkbox"/> Aposentou	
<input type="checkbox"/> Baixa Procura		<input type="checkbox"/> Dificuldade de Contato com a Central		<input type="checkbox"/> Falta de Suporte da Operadora	
<input type="checkbox"/> Cobrança indevida		<input type="checkbox"/> Burocracia Operadora		<input type="checkbox"/> Negativa de Atendimento	
<input type="checkbox"/> Ameaça Judicialização		<input type="checkbox"/> Terceirização de Atendimento			
<input type="checkbox"/> Carteira de Clientes Particular		<input type="checkbox"/> Estudos			
<input type="checkbox"/> Servidor Publico		<input type="checkbox"/> Mudou de Área			
<input type="checkbox"/> Óbito		<input type="checkbox"/> Motivos Particulares			

Necessário abertura de protocolo					
<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO			
Obs. Geral					
Encerramento das atividades devido mudança de cidade, registrado protocolo de credenciamento pois cidade da Dra possui 58 beneficiários e nenhum profissional credenciado.					

Setor responsável					
<input type="checkbox"/> T.I		<input type="checkbox"/> Central de atendimento		<input type="checkbox"/> Análise Técnica	
<input type="checkbox"/> Comercial					
<i>Agata B. Gomes</i>					