

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)		1		
Data					
Operadora		CRO	UF	Nome dentista	
odontolife		24236	PR	FILIPE CESAR AMARAL BOZELL	
CNPJ		CPF			
		48010022000169 6448948902			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
	0	Operadora	SAD168484982380	23/05/2023	
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
JANDAIA DO SUL	PR	406	6		
Atende outros convênios Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não				
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,45	01/04/2023	R\$ 2.714,00			
Data inicio	Data final	Tempo finalização			
30/09/2022	23/05/2023	0			
1º contato	Data	02/05/2023 -julia			
Obs.:					
Em contato no telefone (43) 984993544 falei com Jessica que me informou que os prestadores FILIPE CESAR AMARAL BOZELL CRO 24236 e ARLAN HEIDEMANN CRO 33054 permanecem atendendo na clinica porem não atendem mais ao plano, não soube informar o motivo, pediu para eu retornar para falar com a Dra Debora.					
2º contato	Data	16/05/2023-JULIA			
Obs.:					
Realizado tentativa de contato no numero (43) 984993544 chama até cair encaminhei mensagem no whatsapp para verificar se possuem numero para contato direto com os prestadores, aguardando retorno.					
3º contato	Data	22/05/2023-jheniffer			
Obs.:					
tentativa de contato pelo whats 22/05/2023 as 17:14 sem sucesso					
4º contato	Data	23/05/2023-jheniffer			
Obs.:					
protocolo de credenciamento para o dr FILIPE CESAR AMARAL BOZELLI 30448420230523001464					

5º contato Data jheniffer-23/05/2023

Obs.:

contato com a dra felipe informa que não atende mais na clinica, informei do desligamento, perguntei se teria interesse de uma parceria informa que tem interesse e pediu para esta enviado a proposta e as condições. contato pelo whats +55 44 9925-9360

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 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 ténico  |
| <input checked="" 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

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

Obs. Geral

protocolo de credenciamento para o dr FILIPE CESAR AMARAL BOZELLI 30448420230523001464

Setor responsável

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T.I                    | <input type="checkbox"/> Análise técnica | <input type="checkbox"/> Comercial |
| <input type="checkbox"/> Central de atendimento |  |                                    |

Agata B. Gomes