

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)	1		
Operadora		Data		
Maykon Willian Dal'Negro		14/07/2023		
CNPJ	UF	Nome dentista		
52514	SP	RICARDO QUINELI SANCHES		
CPF				
-				
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
15/01/2021	PF			
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	893	36	
Atende outros convênios				
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Quais?		
Moeda		Última produç.	Valor última prod.	
0,40		Não Possui	R\$ -	
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
06/04/2023	14/07/2023	99 dia(s)		
1º contato	Data	13/04/2023		
Obs.: Entrado em contato (via Whatsapp 13/04/2023 às 17:48), porém sem retorno.				
2º contato	Data	14/04/2023		
Obs.: Entrado em contato (via Whatsapp 14/04/2023 às 09:29), porém sem retorno. Favor seguir com tratativa.				
3º contato	Data	27/04/2023		
Obs.: Realizado diversas tentativas de contato no numero (17) 974005049 chama até cair, encaminhando mensagem no WhatsApp para verificar se o Dr esta atendendo ao plano, aguardando retorno.				
4º contato	Data	19/05/2023		
Obs.: tentativa de contato pelo whats e por telefone sem sucesso				

5º contato **Data** 13/07/2023

Obs.:

Não localizado e-mail enviado em 12/06/2023, diante disso, encaminho novamente e-mail com aviso de desligamento, irei aguardar até 14/07/2023 , caso não haja manifestação por parte do profissional, entrarei com processo de desligamento.

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 checked="" 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 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

Houve varias tentativas de contato com o Dr. Sem nenhum retorno.

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