

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			7
	Data			
DUANY VITORIA BALHUK				10/10/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	23886	BA	DANIEL ADRIAN SILVA SOUZA	
CNPJ	CPF			
47283497000166		05990015500		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
26/04/2023	J	Operadora	SAD169289770295	24/08/2023
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
BA	SALVADOR	2.397	98	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,00	Sem guias	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
24/08/2023	10/10/2023	47 dia(s)		
1º contato	Data	09/10/2023		
Obs.:				
Enviado whatsapp (71) 991153067 09/10 às 14h33, para verificar se possui o contato pessoal dos prestadores.				

2º contato	Data	10/10/2023		
Obs.:				
Bom dia, Responsável informou que já tinha sido passado o telefone pessoal dos prestadores no credenciamento. DANIEL ADRIAN SILVA SOUZA CRO 23886 / (71) 991117277 (informa não ter whatsapp) DANIELE CABRAL DA SILVA CRO 23010 / (71) 991080889				

3º contato	Data	10/10/2023		
Obs.:				
Enviado e-mail para Poliana referente a indicação de profissionais!				

4º contato	Data			
Obs.:				

5º contato	Data	
Obs.:		

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 SELECIONE "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 checked="" 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 type="checkbox"/> Encerramento de Atividades
<input type="checkbox"/> Regras 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		

Necessário abertura de protocolo		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Obs. Geral		
Realizado a confirmação dos prestadores terem saído da clínica e foi informado que o telefone pessoal tinha sido enviado no ato do credenciamento. Possui o telefone no SIO, enviado e-mail para indicação		

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