

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		Kamila Carvalho		qtd CRO(s)	1	Data	16/05/2022
Operadora	CRO	UF	Nome dentista				
Odontolife	22717	MG	PATRICIA DE SOUZA ABREU BERNI				
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo			
21/01/2020	PF	Operadora	SAD163786134770	25/11/2021			
Cidade	LARANJAL	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados			
	MG		0	1			
Atende outros convênios		Quais?					
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Banco do Brasil					
Moeda	Última produção						
0,30	Sem guias						
Data início	Data final	Tempo finalização					
25/11/2021	13/05/2022	169 dia(s)					
1º contato	Data	03/12/2021					
Obs.: Consultoria Melissa: Realizado contato com a secretária Bruna via ligação (32) 34241141 informa que o motivo da solicitação de desligamento é porque não teve procura de beneficiários. Solicitou a tabela para verificar os valores pagos. Solicitou também treinamento. Em contato via whatsapp encaminhei a tabela de valores, aguardando análise da mesma para agendar treinamento.							
2º contato	Data	13/04/2022					
Obs.: Encaminhado mensagem pelo whatsapp							
3º contato	Data	18/04/2022					
Obs.: Tentativa de contato pelo telefone (32) 34241141 as 11:49 sem sucesso. Encaminhado mensagem pelo whatsapp e por e-mail.							
4º contato	Data	02/05/2022					
Obs.: Doutora informa que vai analisar valores da tabela e me da um parecer assim que retornar de viagem.							

5º contato	Data	11/05/2022
Obs.: Doutora informa que a tabela esta baixa em relação a tabela paga pelo Banco do Brasil onde a US é de 0,55 encaminha contra proposta repassada a análise da diretoria , aguardando a análise. 12/05/2022 Encaminhado a doutora os valores dos procedimentos solicitados aprovados pela diretoria , aguardando retorno.		
Motivo Retenção		
<input checked="" type="checkbox"/> Ofertado novos valores	<input checked="" type="checkbox"/> Ofertado suporte	<input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação
<input checked="" type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou redigação	<input type="checkbox"/> Outros	
Obs.: Doutora realizou treinamento, ofertado suporte , concorda com os valores aprovados pela diretoria, confirma retornar os atendimentos pelo plano.		
Motivo desligamento		
<input type="checkbox"/> Perda de de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoleto
<input type="checkbox"/> Valores	<input type="checkbox"/> Franquia	<input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico
<input type="checkbox"/> Removido prestador	<input type="checkbox"/> Burocracia	<input type="checkbox"/> Glosas
<input checked="" 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 checked="" 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
Obs. Geral		
Setor responsável		
<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Análise técnica	<input type="checkbox"/> Comercial
<input type="checkbox"/> Central de atendimento		
kellia Castro Caldas Coordenação		
Agata B. Gomes administrativo		
Yvan Vaghini administrativo		