

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)		1			
MONIZE CIPRIANO			Data	06/12/2023		
Operadora	CRO	UF	Nome dentista			
ODONTOLIFE	142409	SP	DANIELY SILVA SOUSA			
CNPJ	CPF					
-		01488644306				
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo		
23/01/2023	F	Operadora	SAD169651943999	05/10/2023		
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados			
SP	SAO PAULO	21.927	1176			
Atende outros convênios		Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO					
Moeda	Última produç.	Valor última prod.				
0,30	SEM GUIAS	R\$ -				
Data inicio	Data final	Tempo finalização				
05/10/2023	06/12/2023	62 dia(s)				
1º contato	Data	16/11/2023	Status retenção			
			<input type="checkbox"/> Retenção Efetiva			
			<input type="checkbox"/> Desligamento			
			<input checked="" type="checkbox"/> Não se trata de Retenção			
Obs.:						
Boa tarde, Contato (11) 930566667 17:45 16/11/2023 - Questionando sobre os motivos de descredenciamento, afim de realizar uma proposta para retenção do mesmo. Aguardando retorno.						
2º contato	Data	21/11/2023	Motivo desligamento			
			<input type="checkbox"/> Perda de Contato	<input checked="" 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 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			
3º contato	Data	27/11/2023	Necessário abertura de protocolo			
			<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
Obs. Geral						
Drª informou que havia passado por um problema de saúde, mas já estava melhor e voltaria atender pelo plano, confirmou todos os dados.						
4º contato	Data	27/11/2023	Setor responsável			
			<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Central de atendimento	<input type="checkbox"/> Análise Técnica	<input type="checkbox"/> Comercial
INTERAÇÃO COM A DRª						
[10:09, 27/11/2023] +55 11 93056-6667: Bom dia! Eu tive um problema de saúde, agora já está tudo resolvido, consigo voltar atender novamente. Podemos ativar o credenciamento ?[14:04, 30/11/2023] Retenção - OdontoLife: perfeito, vou seguir com a sua solicitação. Confirma por gentileza os seguintes dados: Endereço: RUA HELENA nº 280 Complemento: SALA 407- CEP: 04552050 - Bairro: VILA OLÍMPIA - Cidade: SAO PAULO - SP Telefones clínica: (11) 930566667, (11) 97543141 Áreas de atuação: CLINICA GERAL [17:37,						

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 SELEÇÃO "OUTROS".		
Motivo desligamento		
<input type="checkbox"/> Perda de Contato	<input checked="" 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 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		
Drª informou que havia passado por um problema de saúde, mas já estava melhor e voltaria atender pelo plano, confirmou todos os dados.		
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		
Maykon Dalnegro		