

Formulário - Processo de Retenção



Plano Odontológico

Qtd CRO(s)

1

19/07/2022

5º contato

Data

Obs.:

Colaborador	Kamila de Carvalho
Nome dentista	ALFREDO CUSTODIO

Operadora	CRO	UF	Nome dentista
Odontolife	46412	SP	ALFREDO CUSTODIO

Data inclusão	Tipo	Demandado por?	No do protocolo	Dt. abertura protocolo
20/02/2019	PJ	Operadora	SAD165601431945	23/06/2022

Cidade	SANTO ANDRE	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
		SP	1.478	112

Atende outros convênios	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
-------------------------	---	------------------------------

Moeda	<input type="checkbox"/> SEM GUIAS	<input type="checkbox"/> R\$ 0,00
-------	------------------------------------	-----------------------------------

Data inicio	Data final	Tempo finalização	Status retenção
23/05/2022	19/07/2022	26 dia(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Retenção efetiva

<input type="checkbox"/> Desligamento	<input type="checkbox"/> Não trata-se de retenção
---------------------------------------	---

1º contato	Data	27/05/2022
------------	------	------------

Obs.:

Em contato pelo telefone (11) 49973780 as 16:46 informa que não atende pelo plano por baixa procura, informo que podemos realizar uma ação junto ao setor comercial , vai retornar pelo whats informa que os beneficiários que o procuram são em áreas específicas, não lembra da sua tabela ou como realizar os atendimentos, encaminhado tabela e oferecido treinamento, aguardando retorno

2º contato	Data	06/07/2022
------------	------	------------

Obs.:

Em contato para agendarmos um treinamento ,aguardando retorno

Motivo Retenção	<input type="checkbox"/> Ofertado novos valores	<input checked="" type="checkbox"/> Ofertado suporte	<input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação
	<input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou reciclagem	<input type="checkbox"/> Outros	

Motivo desligamento	<input type="checkbox"/> Perda de contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grossario
	<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 checked="" type="checkbox"/> Dificuldade de 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 type="checkbox"/> Baixa procura	<input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central	<input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta
	<input type="checkbox"/> Amostra 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"/> Mais tempo com os filhos
	<input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS	<input type="checkbox"/> Óbito	

Obs. Geral	<i>Bem Sulto</i>
------------	------------------

3º contato	Data	14/07/2022
------------	------	------------

Obs.:	Em contato pelo telefone (11) 49973780 as 17:12 solicitou retorno daqui 20 min.Em contato com Dr. pelo telefone (11) 49973780 as 17:40 sinaliza que não tem tempo de realizar o treinamento , oferto treinamento gravado e peço que me sinalize após a realização do mesmo para o retorno dos atendimentos.
-------	---

4º contato	Data	19/07/2022
------------	------	------------

Obs.:	Em retorno pelo whats Dr. sinaliza que assistiu o treinamento e confirma retornar com os atendimentos pelo plano.
-------	---

Setor responsável	<input checked="" type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Análise técnica	<input type="checkbox"/> Comercial
Central de atendimento			
<i>Kellia Castro Caldas</i>	<i>Dra. Annabella Borgonhoni</i>	<i>Agata B. Gomes</i>	<i>Ivan Vaghini</i>
Coordenação	Análise Técnica	Supervisão Gestão de Rede	Administrativo
<i>06/07/22</i>			