

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		KAMILA DE CARVALHO		Qtd CRO(s)	1
Data		21/12/2022			
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
Odontolife	12857	PE	KAMILA ALVES DA SILVA		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
21/06/2021	PJ	Operadora	SAD166420361066	26/09/2022	
Cidade	RECIFE	UF	nº de vidas	nº CRO(s) únicos divulgados	
	PE		1.226	142	
Atende outros convênios		Quais?			
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Não informado			
Moeda	Última produç.		Valor última prod.		
0,35	SEMI GUIAS		R\$ -		
Data início	Data final	Tempo finalização		Status retenção	
26/09/2022	21/12/2022	86 dia(s)		<input type="checkbox"/> Retenção efetiva <input checked="" type="checkbox"/> Desligamento <input type="checkbox"/> Não trata-se de retenção	
1º contato	Data	17/10/2022			
Obs.: Encaminhado mensagem no whats questionando aos atendimentos aguardando retorno.					
2º contato	Data	24/10/2022			
Obs.: Sem retorno pelo whats, encaminhado mensagem por e-mail, questionando a remoção aguardando retorno.					
3º contato	Data	31/10/2022			
Obs.: Sem retorno pelo whats e por e-mail tentativa de contato pelo telefone (81) 988187447 sem sucesso.					
4º contato	Data	10/11/2022			
Obs.: Tentativa de contato pelo telefone (81) 988187447 as 09:54 sem sucesso, sem retorno pelo whats e e-mail.					

5º contato	Data	22/11/2022
Obs.: Tentativa de contato pelo telefone (81) 988187447 as 17:08 - CX postal sem retorno pelo whats e e-mail 01/12/2022-sem retorno pelo whats e e-mail tentativa de contato pelo telefone (81) 988187447 as 10:07 sem sucesso, 21/12/2022-tentativa de contato pelo telefone (81) 988187447 sem sucesso, sem retorno por e-mail		
Motivo Retenção <input type="checkbox"/> Ofertado novos valores <input type="checkbox"/> Ofertado suporte <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação <input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou redigagem <input type="checkbox"/> Outros		
Obs.:		
Motivo desligamento <input checked="" type="checkbox"/> Perda de de Contato <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde <input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoiro <input type="checkbox"/> Valores <input type="checkbox"/> Franquia <input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico <input checked="" 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"/> 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"/> 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		
Necessário abertura de protocolo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Obs. Geral		
Realizado mais de 5 tentativas de contato em dias e horarios diferentes, sem sucesso, sem retorno pelo e-mail		
Sector responsável <input checked="" type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Central de atendimento		
Assinatura: <u>Agata B. de J. Gomes</u> Data: <u>22/12/22</u> Nome: <u>Agata B. Gomes</u>		