

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		KAMILA DE CARVALHO		qtz CRO(s)	1	Data	07/02/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista				
Odontolife	97939	SP	ALEXANDER ROBERT TAPIA CAMACHO				
Data inclusão	04/03/2022	PF	Demandado por?	Nº do protocolo	SA0167112301277	Dr. abertura protocolo	15/12/2022
Cidade	SAO PAULO	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	831		
Atende outros convênios		Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Não informado					
Moeda	0,35	última produç.	30/11/2022	Valor última prod.	R\$ 25,55		
Data início	15/12/2022	Data final	07/02/2023	Tempo finalização	54 dia(s)		
1º contato	Data	30/01/2023		Status retenção <input type="checkbox"/> Retenção efetiva <input checked="" type="checkbox"/> Desligamento <input type="checkbox"/> Não trata-se de retenção			
Obs.: Encaminhado mensagem no whatsapp, questionando sua solicitação, aguardando retorno							
2º contato	Data	07/02/2023		Obs.: Em retorno pelo whatsapp Dr informa que não compensa financeiramente, Informo que Compreendo que o plano não chegue ao valor do particular e o ganho está no fluxo de atendimento levando em consideração o numero de vidas em sua região temos mais de 5 mil vidas e que em cada atendimento o Dr recebe a consulta + a limpeza + procedimento principal, questiono se pode nos dar uma oportunidade com a parceria, Informo que não, questiono se tem algo que possa ser feito para que reconsidere sua decisão, Informo que não.			
3º contato	Data						
Obs.:							
4º contato	Data						
Obs.:							

5º contato	Data		
Obs.:			
Motivo Retenção <input type="checkbox"/> Ofertado novos valores <input type="checkbox"/> Ofertado suporte <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação <input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou reciclagem <input type="checkbox"/> Outros			
Obs.:			
Motivo desligamento <input type="checkbox"/> Perda de 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 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 checked="" 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"/> Tercerização de atendimento <input type="checkbox"/> Mudou de área <input type="checkbox"/> Atendimento apenas SUS <input type="checkbox"/> Terceirização de atendimento <input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos			
Obs. Geral Necessário abertura de protocolo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Possui profissionais na região nas áreas atuantes			
Setor responsável <input 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> Agata B. Gomes 11/02/23			