

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		Luania Santos		Data	03/05/2022
Operadora	CEO	UF	Nome dentista		
Odontolife	11624	PR	MICHELLE LARA TIBURCIO		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
19/03/2021	PJ	Operadora	SAD16451887/6269	18/02/2022	
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
SAO PAULO	SP	16.071	733		
Atende outros convênios		Quais?			
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Última produção <input type="checkbox"/> SEM GUIAS			
Moeda	0,30	Data início	Data final	Tempo finalização	Status retenção
		18/02/2022	03/05/2022	74 dia(s)	<input type="checkbox"/> Retenção efetiva <input checked="" type="checkbox"/> Desligamento <input type="checkbox"/> Não trata-se de retenção
1º contato	Data	02/05/2022			
Obs.: Encaminhado mensagem via whatsapp, aguardando retorno.					
2º contato	Data	03/05/2022			
Obs.: Doutora informou que recebia muita procura em áreas que não atende e quando informava aos beneficiários os mesmos ficavam irritados pois acreditavam que a doutora não queria atendê-los. Informamos que a divulgação não está incorreta mas os beneficiários não possuem conhecimento técnico e acreditam que o clínico geral realiza tudo, mas que estaríamos prestando todo suporte necessário caso a doutora nos desse uma nova oportunidade e que iríamos trabalhar em uma					
3º contato	Data				
Obs.:					
4º contato	Data				
Obs.:					

5º contato	Data	
Obs.:		

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

Motivo desligamento		
<input type="checkbox"/> Perda de de Contato <input type="checkbox"/> Valores <input type="checkbox"/> Removido prestador <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema <input type="checkbox"/> Regras Técnicas <input type="checkbox"/> Baixa procura <input type="checkbox"/> Apenas particular	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde <input type="checkbox"/> Franquia <input type="checkbox"/> Burocracia <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento <input type="checkbox"/> Migração <input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético	<input checked="" type="checkbox"/> Beneficiário Grossoleiro <input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico <input type="checkbox"/> Glosas <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Divulgação Indevida <input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta
Obs.:		

Doutora teve problemas com beneficiários.		
---	--	--

Setor responsável		
<input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Central de atendimento	<input type="checkbox"/> Análise técnica	<input checked="" type="checkbox"/> Comercial

_____ Keilla Castro Caldas Coordenação	_____ Agata B. Gomes administrativo	_____ Ivan Vaghini administrativo
--	---	---