

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)	1	
		Data	21/06/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista
ODONTOLIFE	50309	SP	LUIS MARIO DE OLIVEIRA FERNANDES
CNPJ	CPF		
31113045000104	09976861893		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo
29/01/2020	PJ	Operadora	SAD168026263331
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
SAO JOSE DOS CAMPOS	SP	1.732	46
Atende outros convênios			
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Quais?	
Moeda		Última produç.	Valor última prod.
0,3		01/03/2023	R\$ 528,00
Data inicio	Data final	Tempo finalização	
31/03/2023	21/06/2023	82 dia(s)	
1º contato	Data	31/03/2023	
Obs.:			
Conforme protocolo SAD167813626035			
Att Maria Luiza			
2º contato	Data	04/04/2023	
Obs.:			
Tentativa de contato telefônico 13h45 sem sucesso - desligado. Encaminho mensagem através do WhatsApp e e-mail. Aguardando retorno.			
3º contato	Data	12/05/2023	
Obs.:			
Tentativa de contato telefônico 11h49 sem sucesso - desligado. Em retorno ao WhatsApp informam que : Estamos com a clinica fechada por motivos de saúde por tempo indeterminado. Questiono sobre os prestadores, se eles tem previsão de retorno. Aguardando retorno			
4º contato	Data	16/05/2023	
Obs.:			
Em retorno pelo WhatsApp informa que : Não temos previsão de retorno. Informo que Desta forma vamos precisar seguir com o desligamento da clinica e assim que tudo normalizar podem entrar em contato conosco para reativar o cadastro. Resposta: Bom dia, Assim que retornarmos , avisaremos com antecedência, Muito obrigado			

5º contato Data 25/05/2023

Obs.:

Em retorno pelo WhatsApp informa que : Não temos previsão de retorno.Informo que Desta forma vamos precisar seguir com o desligamento da clinica e assim que tudo normalizar podem entrar em contato conosco para reativar o cadastro.aguardando liberação pra realizar o desligamento (cidade iamspe) 06/06/2023 Conforme nota anterior aguardando liberação pra realizar o desligamento (cidade iamspe)

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 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 ténico |
| <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"/> | Encerramento de atividades |
| <input type="checkbox"/> | Regras Técnicas | <input type="checkbox"/> | Prazo de Liberação de Guia | <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"/> | Cobrança indevida | <input type="checkbox"/> | Apenas procedimentos estético | <input type="checkbox"/> | Aposentou |
| <input type="checkbox"/> | Ameaça judicialização | <input type="checkbox"/> | Sem interesse em convênio | <input type="checkbox"/> | Mudou de área |
| <input type="checkbox"/> | Carteira de clientes particular | <input type="checkbox"/> | Terceirização de atendimento | <input type="checkbox"/> | Período liberação de guias |
| <input type="checkbox"/> | Servidor Público | <input type="checkbox"/> | Vendeu a Clínica | <input type="checkbox"/> | Motivos particulares |
| <input type="checkbox"/> | Óbito | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

Necessário abertura de protocolo

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

Obs. Geral

Em contato com Doutora informa que não tem previsão de retorno com os atendimentos a clinica fechada por motivos de saúde por tempo indeterminado.

Setor responsável

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> Análise técnica | <input type="checkbox"/> Comercial |
| <input type="checkbox"/> Central de atendimento | | |

Agata B. Gomes