

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		Kamila de Carvalho		qui CRO(s)	1
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	Data	
Odontolife	14323	RS	CRISTINA ALVES XAVIER	28/02/2023	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
18/03/2022	PF	Operadora	SAD166204225894	01/09/2022	
Cidade	OSORIO	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
	RS	52	1		
Atende outros convênios		Quais?			
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Não informado			
Moeda	0,45	Última produç.	Valor última prod.		
		SEM GUIAS	R\$ -		
Data início	Data final	Tempo finalização			
01/09/2022	28/02/2023	180 dias(s)			
1º contato	Data	18/10/20022			
Obs.: Encaminhado mensagem no Whats (51) 999053613 questionando aos atendimentos pelo plano, aguardando retorno26/10- Encaminhado mensagem no e-mail,03/11-Sem retorno pelo whats ou e-mail. Tentativa de contato pelo telefone (51) 999053613 as 09:25 sem sucesso.14/11-Em contato pelo telefone (51) 999053613 as 08:36 Doutora informa que não está atendendo pois o sistema é muito complicado oferta treinamento pede para retornar na quarta não está trabalhando hoje e está sem agenda.					
2º contato	Data	16/11/2022			
Obs.: Tentativa de contato pelo telefone (51) 999053613 as 09:23 cx postal. Encaminhado mensagem pelo whats28/11- Encaminhado mensagem no whats questionando o treinamento 09/11-Em contato pelo telefone (51) 999053613 as 15:40 sinaliza que vai entrar de férias e só retorna em Janeiro sinalizo que mantemos os atendimentos suspensos ate a data informada.10/01-Tentativa de contato pelo telefone (51) 999053613 as 16:31 cx postal					
3º contato	Data	11/01/2023			
Obs.: Em retorno pelo whats Dia informa que estava viajando solicita treinamento para sexta dia 13/01 as 16 hrs, Doutora esta viajando retorna dia 30/01/02-Encaminhado mensagem no whats questionando se podemos marcar seu treinamento 13/02- Em contato pelo whats agendado treinamento para dia 17/02 as 14 hrs 17/02-O setor de Treinamentos Odontolife informa que o(a) dentista NÃO PARTICIPOU do treinamento agendado. Estamos em aguardo do novo agendamento em calendário da consultoria representante da região.					
4º contato	Data	22/02/2023			
Obs.: Encaminhado mensagem questionando para quando podemos marcar novo treinamento, aguardando retorno 22/02/2023-Em retorno pelo whats solicita treinamento para terça as 10 hrs O setor de Treinamentos Odontolife CONFIRMA a participação do(a) Dr.(a), no treinamento/reciclagem pela ministrante no dia as. Diante do cumprimento da demanda, bem como realizado o envio dos materiais de apoio (Via whatsapp), estamos finalizando este protocolo					

5º contato	Data	28/02/2023
Obs.: Encaminhado mensagem questionando se podemos reativar sua divulgação e retomar com os atendimentos informa que sim, confirmo telefone endereço e areas de atuação realiza todos os procedimentos nas areas atuantes		
Motivo Retenção		
<input type="checkbox"/> Ofertado novos valores	<input type="checkbox"/> Ofertado suporte	<input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação
<input checked="" 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 Grossoeiro
<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 checked="" 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"/> Terceirização de atendimento	<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		
Em contato com a clinica, informas estar atendendo		
Setor responsável		
<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Análise técnica	<input type="checkbox"/> Comercial
<input type="checkbox"/> Central de atendimento		
Assinatura e data		
Assinatura: Agata B. Gomes		
Data: 10/03/2023		