

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		KALUANE NOGUEIRA DA SILVA		qtd CRO(s)	1
Data		23/01/2023			
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	MIRELA DE RESENDE OLIVEIRA	
Odontolife	6541	MS			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
10/09/2020	PJ	Operadora	SA016708/475865	12/12/2022	
Cidade	CAMPO GRANDE	UF	nº de vidas	nº CRO(s) únicos divulgados	
	MS		1.288	18	
Atende outros convênios		Quais?			
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		não informado			
Moeda	0,30	Última produç.	Valor última prod.	Status retenção	
	NÃO POSSUI			<input type="checkbox"/> Retenção efetiva	
Data início	Data final	Tempo finalização	<input checked="" type="checkbox"/> Desligamento		
10/09/2020	23/01/2023	865 dia(s)	<input type="checkbox"/> Não trata-se de retenção		
1º contato	Data	12/12/2022			
Obs.: CONSULTORA KAMILA Encaminhado mensagem no whats questionando a renovação, se possui e-mail/telefone se possui novas inclusões, aguardando retorno.// Tentativa de contato pelo telefone (67) 30283320 as 17:16 sem sucesso,					
2º contato	Data	02/01/2023			
Obs.: CONSULTORA KAMILA Tentativa de contato pelo telefone (67) 30283320 as 10:58 Encaminhado mensagem no e-mail questionando a renovação, se possui e-mail/telefone, e se possui novas inclusões, aguardando retorno					
3º contato	Data	11/01/2023			
Obs.: Encaminhado novamente e-mail vanessa@hubodontocg.com.br, questionando a saída de prestador, aguardo retorno // Em retorno por e-mail, dia informa que não tem nenhum contato da Dra MIRELA DE RESENDE, questiono se teriam novos profissionais para incluir no cadastro, aguardo retorno					
4º contato	Data	23/01/2023			
Obs.: Tentativa de contato (67) 30283320 as 8:45 Encaminhado e-mail, aguardo retorno					

5º contato	Data	23/01/2023	
Obs.: Em retorno por e-mail, foi informado que não possui o telefone de contato da prestadora e não possui novas inclusões			
Motivo Retenção			
<input type="checkbox"/> Ofertado novos valores	<input type="checkbox"/> Ofertado suporte	<input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação	
<input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou recidagem	<input type="checkbox"/> Outros		
Obs.:			
Motivo desligamento			
<input type="checkbox"/> Perda de de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grosso	
<input type="checkbox"/> Valores	<input type="checkbox"/> Franquia	<input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico	
<input checked="" type="checkbox"/> Remoção prestador	<input type="checkbox"/> Burocracia	<input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema	<input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento	<input type="checkbox"/> Divulgação indevida	
<input type="checkbox"/> Regras Técnicas	<input type="checkbox"/> Migração	<input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta	
<input type="checkbox"/> Baixa procura	<input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central	<input type="checkbox"/> Aposentou	
<input type="checkbox"/> Ameaça judicialização	<input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético	<input type="checkbox"/> Mudou de área	
<input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular - sem interesse convênio	<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			
não é necessário abertura de protocolo			
Setor responsável			
<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Análise técnica	<input type="checkbox"/> Comercial	
<input type="checkbox"/> Central de atendimento			
<p>Agata B. do P. Gomes</p> <p>Agata B. Gomes</p> <p>23/01/23</p>			