

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		Kamila de Carvalho		Data	22/03/2022
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
Odontolife	134832	SP	Carolina Garrido Saes		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
04/02/2021	PI	Dentista	SMD16437188680	01/02/2022	
Cidade	SAO PAULO	UF	nº de vidas	nº CRO(s) únicos divulgados	
		SP	16.071	753	
Atende outros convênios		Quais?			
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Moeda	Última produção		Status retenção		
0,40	abr/21		<input type="checkbox"/> Retenção efetiva <input checked="" type="checkbox"/> Desligamento <input type="checkbox"/> Não trata-se de retenção		
Data início	Data final	Tempo finalização			
04/02/2021	22/03/2022	411 dia(s)			
1º contato	Data	14/02/2022			
Obs.: Em contato com cliente pelo telefone solicita desligamento da clínica e não informa o motivo, encaminhado mensagem pelo Whats sem retorno da mesma.					
2º contato	Data	08/03/2022			
Obs.: Tentativa de contato pelo telefone sem sucesso, mensagem pelo whats insistindo desligamento.					
3º contato	Data	18/03/2022			
Obs.: Em contato com cliente pelo whats reclama da baixa procura, infôrno sobre a divulgação com empresas parceiras porém insist					
4º contato	Data	21/03/2022			
Obs.: Tentativa de contato no telefone fixo dia 18/03 so chama.					

5º contato	Data	
Obs.:		
Motivo Retenção <input type="checkbox"/> Ofertado novos valores <input checked="" type="checkbox"/> Ofertado suporte <input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou reciclagem <input type="checkbox"/> Outros		
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"/> Problemas de Saúde <input type="checkbox"/> Franquia <input type="checkbox"/> Burocracia <input checked="" type="checkbox"/> Sem local de Atendimento <input type="checkbox"/> Migração <input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central		
<input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro <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 insiste no desligamento, pois a mesma não quer mais atender convênios, informa que mesmo com suporte ou divulgação da clínica, não tem interesse vai atender somente no particular.		
Setor responsável <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Central de atendimento <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial		
_____ Keilla Castro Caldas Coordenação		
_____ Agata Beatriz Gomes administrativo		