

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		KAMILA DE CARVALHO		qtz CRO(s)	1	Data	30/11/2022
Operadora	CRO	UF	Nome dentista				
Odontolife	18153	RJ	MARIA DEL ROSARIO TORRICO MENDES				
Data inclusão	07/07/2022	PF	Operadora	Nº do protocolo	SA0166453607377	30/09/2022	Dr. abertura protocolo
Cidade	VOLTA REDONDA	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	71		
Atende outros convênios		Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Não informado					
Moeda	0,35	última produç.	Valor última prod.				
		SEM GUIAS	R\$	-			
Data início	30/09/2022	Data final	Tempo finalização	61 dia(s)			
1º contato	Data	21/10/2022					
Obs.: Encaminhado mensagem no whats questionando os atendimentos, aguardando retorno.							
2º contato	Data	31/10/2022					
Obs.: Em retorno pelo whats informa que não está atendendo e acha burocrático, questionei oque acha burocrático retornou informando que é o preenchimento da guia, disse que podemos prestar auxilio disse que não é suficiente, questionei se podemos realizar um treinamento para que entenda melhor o processo , aguardando retorno							
3º contato	Data	09/11/2022					
Obs.: Tentativa de contato pelo telefone (24) 988278019 as 12:32 sem sucesso, encaminhado mensagem por whats e e-mail, questionando se podemos agendar um treinamento, aguardando resposta.							
4º contato	Data	21/11/2022					
Obs.: Em retorno informa que gostaria de um treinamento presencial, informo que o treinamento é feito por compartilhamento de tela, informo os horários disponíveis, aguardando retorno							

5º contato	Data	30/11/2022																											
Obs.: Em retorno informa que realmente quer cancelar o cadastro sua agenda esta aberta e não tem horário, informo que pode atender conforme sua disponibilidade e peço se tem algo que possamos fazer para que reconsidere sua decisão informa que não tem interesse em prosseguir com a parceria																													
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 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perda de de Contato</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas de Saúde</td> <td><input type="checkbox"/> Beneficiário Grosseiro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Valores</td> <td><input type="checkbox"/> Franquia</td> <td><input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Removido prestador</td> <td><input type="checkbox"/> Burocracia</td> <td><input type="checkbox"/> Glosas</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Dificuldade Sistema</td> <td><input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Regras Técnicas</td> <td><input type="checkbox"/> Migração</td> <td><input type="checkbox"/> Divulgação indevida</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Baixa procura</td> <td><input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central</td> <td><input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ameaça judicialização</td> <td><input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético</td> <td><input type="checkbox"/> Aposentou</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular - sem interesse convênio</td> <td><input type="checkbox"/> Mudou de área</td> <td><input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Perda de de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grosseiro	<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"/> Mudou de área	<input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos	<input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS		
<input type="checkbox"/> Perda de de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grosseiro																											
<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"/> Mudou de área	<input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos																											
<input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS																													
Necessário abertura de protocolo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não																													
Obs. Geral Em retorno informa que realmente quer cancelar o cadastro sua agenda esta aberta e não tem horário, informo que pode atender conforme sua disponibilidade e peço se tem algo que possamos fazer para que reconsidere sua decisão informa que não tem interesse em prosseguir com a parceria																													
Sector responsável <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial																													
Assinatura: <u>Agata B. de Aguiar</u> <u>06/12/22</u> Agata B. Gomes Assinatura: <u>Ivan Vaghini</u>																													