

Formulário - Processo de Retenção



OdontoLife

Colaborador	Kamila de Carvalho	Data	29/04/2022
-------------	--------------------	------	------------

Operadora	CRO	UF	Nome dentista	ANA PAULA DA SILVA
-----------	-----	----	---------------	--------------------

Odontolife	20643	PR	Nome dentista	ANA PAULA DA SILVA
------------	-------	----	---------------	--------------------

Data inclusão	06/08/2021	P-F	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
---------------	------------	-----	------	----------------	-----------------	------------------------

Cidade	MARIOPOLIS	UF	Operadora	SAD164727968311	14/03/2022
--------	------------	----	-----------	-----------------	------------

Atende outros convênios	<input type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
-------------------------	--------------------------	-----	-------------------------------------	-----	-------------	-----------------------------

Moeda	0,45	Última produção	SEM GUIAS	Quals?
-------	------	-----------------	-----------	--------

Data inicio	20/12/2021	Data final	20/04/2022	Tempo finalização	Status retenção
-------------	------------	------------	------------	-------------------	-----------------

1º contato	Data	28/04/2022	<input type="checkbox"/>	Retenção efetiva
------------	------	------------	--------------------------	------------------

Obs.:	Tentativa de contato pelos telefones (46) 32261921, (46) 991345008 as 16:26 sem sucesso, encaminhado mensagem e e-mail				
-------	--	--	--	--	--

2º contato	Data	29/04/2022	<input type="checkbox"/>	Desligamento
------------	------	------------	--------------------------	--------------

Obs.:	Tentativa de contato pelos telefones (46) 32261921, (46) 991345008 as 11:05 hrs sem sucesso, sem e-mail de contato. Encaminhado mensagem pelo whats informa que não atende mais na clínica, está em outra que possui convênio próprio.				
-------	--	--	--	--	--

3º contato	Data	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	Setor responsável
------------	------	-------	-------------------------------------	-------------------

Obs.:	Em contato com a Doutora pelo whats informa que não trabalha mais na clínica, está em outra que possui convênio próprio.				
-------	--	--	--	--	--

4º contato	Data	_____	<input type="checkbox"/>	T.I
------------	------	-------	--------------------------	-----

Obs.:	Central de atendimento				
-------	------------------------	--	--	--	--

5º contato	Data	_____	5º contato	Data	_____
------------	------	-------	------------	------	-------

Obs.:	Obs.:				
-------	-------	--	--	--	--

Motivo Retenção	<input type="checkbox"/>	Ofertado novos valores	<input type="checkbox"/>	Ofertado suporte	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------

Obs.:	Ofertado treinamento/ou recidagem				
-------	-----------------------------------	--	--	--	--

Motivo desligamento	<input type="checkbox"/>	Perda de Contato	<input type="checkbox"/>	Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------

Obs.:	Beneficiário Grosselito				
-------	-------------------------	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	Valores	<input checked="" type="checkbox"/>	Frangulá	<input type="checkbox"/>	Alteração responsável técnico
--------------------------	---------	-------------------------------------	----------	--------------------------	-------------------------------

<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"/>	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"/>	Apenas particular	<input type="checkbox"/>	Apenas procedimentos estético	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--

<input checked="" type="checkbox"/>	Central de atendimento	<input type="checkbox"/>	Análise técnica	<input type="checkbox"/>	Comercial
-------------------------------------	------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------

<input type="checkbox"/>	Coordenação	<input type="checkbox"/>	Agata B. Gomes	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	-------------	--------------------------	----------------	--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Administrativo	<input type="checkbox"/>	Ivan Vaghini	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--

<i>Keilla Castro Caldas</i>	<i>Agata B. Gomes</i>
Coordenação	Administrativo