

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		KAMILA DE CARVALHO		qta CRO(s)	1	Data	01/02/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista				
Odontolife	138519	SP	KAMILA GARCIA DE ASSIS				
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo			
20/09/2022	PI	Dentista	SAD16734530423	11/01/2023			
Cidade	GUARULHOS	UF	Nº de vidas	Nº CRO(s) únicos divulgados			
		SP	3.143	111			
Atende outros convênios		Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Não informado					
Moeda	0,35	última produç.	R\$	Valor última prod.			
		30/12/2022		110,60			
Data início	Data final	Tempo finalização					
11/01/2023	01/02/2023	21 dia(s)					
1º contato	Data	19/01/2023					
Obs.: Encaminhado mensagem no whats questionando a solicitação, aguardando retorno							
2º contato	Data	01/02/2023					
Obs.: Em retorno pelo whats informa que não tem procura aparece 1 ou 2 pacientes e não compensa, informo que podemos realizar uma ação junto ao setor comercial para prospectar mais vidas em sua região e divulgar sendo referência no atendimento prestado se pode nos dar uma oportunidade com a parceria, informo que prefiro o descredenciamento mesmo, questiono se tem algo que possamos fazer para que reconsidere sua decisão informo que não.							
3º contato	Data						
Obs.:							
4º contato	Data						
Obs.:							

5º contato	Data	
Obs.:		
<div>Motivo Retenção</div> <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.:		
<div>Motivo desligamento</div> <input type="checkbox"/> Perda de de Contato <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde <input type="checkbox"/> Beneficário Grosseiro <input type="checkbox"/> Valores <input type="checkbox"/> Franquia <input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico <input type="checkbox"/> Remoção 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 checked="" 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"/> Atendendo apenas SUS <input type="checkbox"/> Terceirização de atendimento <input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos		
Obs. Geral		
<div>Necessário abertura de protocolo</div> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Possui profissionais na região nas áreas atuantes		
<div>Sector responsável</div> <input checked="" type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Central de atendimento <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial		
<div>Assinatura</div> <p>Assinatura de Agata B. Gomes 01/02/2023</p>		