

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		KAMILA DE CARVALHO		qui CRO(s)	1	Data	04/11/2022
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	CARLOS ALBERTO SILVEIRA			
Odontolife	45032	SP					
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo			
18/05/2015	PF	Operadora	SAD166032298062	12/08/2022			
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados				
LIMEIRA	SP	610	20				
Atende outros convênios		Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Não informado					
Moeda	Última produç.	Valor última prod.					
0,32	SEM GUIAS	R\$ -					
Data início	Data final	Tempo finalização					
12/08/2022	01/11/2022	81 dia(s)					
1º contato		Data		02/09/2022			
Obs.: Tentativa de contato pelo telefone (19) 34410129 as 09:38 sem sucesso, sem telefone de whats, encaminhado e-mail, aguardando retorno.							
2º contato		Data		14/09/2022			
Obs.: Tentativa de contato pelo telefone (19) 34410129 as 12:24 sem sucesso, sem whats, sem retorno de e-mail.							
3º contato		Data		22/09/2022			
Obs.: Em contato pelo telefone (19) 34410129 as 10:15 Doutor Carlos informa que não atende devido a baixa procura, informo que podemos realizar uma ação junto ao setor comercial, para que aumente seu fluxo de atendimento informa que podemos realizar essa tentativa e passa whats para conversarmos e dar andamento (19)99141-4123 encaminhado mensagem aguardando30/09-Sem retorno, encaminhado mensagem novamente							
4º contato		Data		07/10/2022			
Obs.: Encaminhado e-mail de contato19/10-Telefone (19) 34410129 as 16:32 em contato com a fabricia vai orientar Doutor Carlos a entrar em contato pelo whats							

5º contato	Data	27/10/2022
Em contato pelo whats questiono se podemos continuar com a parceria ou seguir com desligamento.		
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 <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"/> Renovo do 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"/> Atendimento 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		
Em retorno pelo whats informando que vai ter que retirar do convênio está trabalhando dois dias fora da cidade de Limeira, insiste no desligamento mesmo informando que pode atender conforme disponibilidade de agenda		
Sector responsável <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Central de atendimento		
Assinatura: <u>Agata B. Gomes</u> <u>01/11/22</u> Assinatura: <u>Ivan Vaghini</u>		