

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		KAMILA DE CARVALHO		qtd CRO(s)	1	Data	21/11/2022
Operadora	CRO	UF	Nome dentista				
Odontolife	80089	SP	FRANCINE PATRICIA CATHARIN CALDO				
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo			
07/03/2022	PF	Dentista	SAD1636852275	20/09/2022			
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados				
RIBEIRAO PRETO	SP	1.488	50				
Atende outros convênios		Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Não informado					
Moeda	Última produç.	Valor última prod.					
0,35	SEM GUIAS	R\$ -					
Data início	Data final	Tempo finalização					
20/09/2022	21/11/2022	62 dia(s)					
1º contato	Data	04/11/2022					
Obs.: em abertura de protocolo feito pelo dentista solicita desligamento para tratamento medico, encaminhado mensagem pelo whats para verificar a possibilidade de deixar os atendimentos suspensos pelo periodo que ela estiver em tratamento.							
2º contato	Data						
Obs.:							
3º contato	Data						
Obs.:							
4º contato	Data						
Obs.:							

5º contato	Data	
Motivo Retenção		
<input type="checkbox"/> Ofertado novos valores	<input type="checkbox"/> Ofertado suporte	<input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação
<input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou recidivagem	<input type="checkbox"/> Outros	
Obs.:		
Motivo desligamento		
<input type="checkbox"/> Perda de de Contato	<input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro
<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 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 pelo whats vai realizar tratamento de saude e não tem previsão para retorno.		
Setor responsável		
<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Análise técnica	<input type="checkbox"/> Comercial
<input type="checkbox"/> Central de atendimento		
Assinatura e Data		
Assinatura: <i>Agata B. Gomes</i>		Assinatura: <i>Ivan Vaghini</i>
Data: <i>21/11/22</i>		