

Formulário - Processo de Retenção



Parceiros Odontólogos

Colaborador Kamilla de Carvalho **qtd CRO(s)** 1 **Data** 05/01/2023

Operadora **CRO** 134361 **UF** SP **Nome dentista** CHRIS LANY SOUSA MOURAO

Odontolife **Operadora** SEM GUIAS **R\$** -

Data Inclusão **PF** 05/04/2022 **Demandado por?** **Operadora** SAD166904695461 **Dt. abertura protocolo** 21/11/2022

Cidade SAO PAULO **UF** SP **nº de vidas** 16.827 **nº CRO(S) únicos divulgados** 831

Atende outros convênios Sim Não **Quais?** Não informado

Moeda 0,35 **Última produç.** SEM GUIAS **Valor última prod.** R\$ -

Data início 21/11/2022 **Data final** 05/01/2023 **Tempo finalização** 45 dias(s)

Status retenção Retenção efetiva Desligamento Não trata-se de retenção

1º contato **Data** 21/12/2022
Obs.: Tentativa de contato pelo telefone (11) 986256258 as 08:31 não completa chamada (11) 56622389 contato com antonio informa telefone de contato da doutora (11) 939471940 encaminhado mensagem no whats questionando os atendimentos informa que o seu telefone mudou e teve bastante barreira para realizar a mudança confirmo telefone endereço e áreas de atuação, aguardando retorno

2º contato **Data** 21/12/2022
Obs.: Em retorno Dra informa que não possui telefone fixo e o outro numero mudou para (11) 9 49591269 por gentileza realizar alteração (conforme anexo)

3º contato **Data** 21/12/2022
Obs.: Agendado treinamento para hoje as 16 hrsO setor de Treinamentos Odontolife CONFIRMA a participação do(a) Dr.(a). no treinamento/reciclagem. Diante do cumprimento da demanda, bem como realizado o envio dos materiais de apoio (via whatsapp), estamos encaminhando este protocolo ao setor responsável para que dê continuidade às tratativas de retenção.

4º contato **Data** 21/12/2022
Obs.: Encaminhado mensagem questionando se podemos reativar a divulgação e retornar com os atendimentos pelo plano, aguardando retorno

5º contato **Data** 05/01/2022

Obs.: Em retorno pelo whats informa que aceita continuar com a parceria, questiono telefone, endereço, e áreas de atuação e se realiza todos os procedimentos nas áreas divulgadas informa que sim

Notivo Retenção Ofertado novos valores Ofertado suporte Ofertado Divulgação Ofertado treinamento/ ou reciclagem Outros

Obs.:

Motivo desligamento

<input type="checkbox"/> Perda de de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficário Grossoiro
<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"/> Mudou de área
<input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS	<input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos	

Necessário abertura de protocolo Sim Não

Obs. Geral
Importante como responsável ocular no processo confirmo o atendimento para plano.

Sector responsável T.I Análise técnica Comercial Central de atendimento

Obs.: Agata B de Aguiar
Agata B. Gomes
17/01/23