

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Andrey Vidal Siqueira			Qtd CRO(s)	2
				Data	22/07/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	56157	MG	ISABELA CAROLINA MOTA CORREA		
CNPJ	CPF				
	24216990000168			12586789695	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
08/02/2021	J	Operadora	SAD171837366818	14/06/2024	
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
MG	BELO HORIZONTE	7.970	217		
Atende outros convênios			Quais?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO				
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,35	Sem guias	R\$ -			
Data inicio	Data final	Tempo finalização			
14/06/2024	22/07/2024	38 dia(s)			

1º contato Data 22/07/2024

Obs.:

[16:38, 22/07/2024] Retenção Odontolife: Boa tarde, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.[16:39, 22/07/2024] Retenção Odontolife: Drª SIMONE PEREIRA DE OLIVEIRA DA SILVA CRO: MG - 49483, Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento da prestadora ISABELA CAROLINA MOTA CORREA - 56157. Gostaria de confirmar se a mesma já não faz mais parte do quadro clínico? Para seguirmos com o desligamento. Fico no aguardo de seu retorno.

2º contato Data 22/07/2024

Obs.:

[16:40, 22/07/2024] +55 31 8618-2875: Boa tarde
 [16:40, 22/07/2024] +55 31 8618-2875: Isso mesmo
 [16:40, 22/07/2024] +55 31 8618-2875: Ela não faz mais parte do quadro desse consultório

3º contato Data

Obs.:

4º contato	Data
Obs.:	

5º contato Data

Obs.:

Ação Retenção

<input type="checkbox"/> Ofertado Novos Valores	<input type="checkbox"/> Ofertado Suporte	<input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação
<input type="checkbox"/> Ofertado Treinamento	<input type="checkbox"/> Ofertado Reciclagem	<input type="checkbox"/> Outros

Obs.: **OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CASO SELEÇÃO "OUTROS".**

Motivo desligamento

<input type="checkbox"/> Perda 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 checked="" type="checkbox"/> Removido Prestador	<input type="checkbox"/> Sem Local de Atendimento	<input type="checkbox"/> Glosas
<input type="checkbox"/> Dificuldades com o Sistema	<input type="checkbox"/> Prazo Liberação de Guias	<input type="checkbox"/> Encerramento de Atividades
<input type="checkbox"/> Régras Técnicas	<input type="checkbox"/> Apenas procedimentos Estéticos	<input type="checkbox"/> Aposentou
<input type="checkbox"/> Baixa Procura	<input type="checkbox"/> Dificuldade de Contato com a Central	<input type="checkbox"/> Falta de Suporte da Operadora
<input type="checkbox"/> Cobrança indevida	<input type="checkbox"/> Burocracia Operadora	<input type="checkbox"/> Negativa de Atendimento
<input type="checkbox"/> Ameaça Judicialização	<input type="checkbox"/> Terceirização de Atendimento	<input type="checkbox"/> Migração
<input type="checkbox"/> Carteira de Clientes Particular	<input type="checkbox"/> Estudos	
<input type="checkbox"/> Servidor Publico	<input type="checkbox"/> Mudou de Área	
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Falta de Reajuste	

Necessário abertura de protocolo

SIM NÃO

Obs. Geral

Em contato com a clínica, confirmado que prestadora não faz mais parte do quadro clínico. Não souberam informar telefone de contato, pesquisa Google sem sucesso.

Setor responsável

<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Central de atendimento	<input type="checkbox"/> Análise Técnica	<input type="checkbox"/> Comercial
------------------------------	---	--	------------------------------------

Poliana Andrade Silva

Maykon Dal'Negro