

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Andrey Vidal Siqueira			Qtd CRO(s)	3
				Data	16/07/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	22522	MG	GLEIDSON FERREIRA ALVARENGA		
CNPJ	CPF			07938122000172	01085806600
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
21/03/2023	J	Operadora	SAD171804552467	10/06/2024	
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.			
0,23	Sem guias	R\$ -			
Data inicio	Data final	Tempo finalização			
10/06/2024	16/07/2024	36 dia(s)			

1º contato Data 16/07/2024

Obs.:

[15:22, 16/07/2024] Retenção Odontolife: Boa tarde, tudo bem?
 Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.
 [15:23, 16/07/2024] Retenção Odontolife: Dr. MARCELO TEIXEIRA VALE CRO: MG - 32479, Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento do prestador GLEIDSON FERREIRA ALVARENGA 22522-MG. Gostaria de confirmar se o mesmo não faz mais parte do quadro clínico? para seguirmos com o desligamento.

2º contato Data 16/07/2024

Obs.:

[15:23, 16/07/2024] +55 31 8367-4795: boa tarde
 [15:23, 16/07/2024] +55 31 8367-4795: confirmado

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 prestador não faz mais parte do quadro clínico. Não souberam informar telefone pessoal 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