

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			2
Andrey Vidal Siqueira			Data	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	151962	SP	ITAMARA COSTA GONCALVES DOS SANTOS	
CNPJ	CPF			
46514242000102		04728192598		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
11/10/2023	J	Operadora	SAD171691205346	28/05/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
SP	SAO PAULO	33.492	1176	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	Sem guias	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
28/05/2024	28/06/2024	31 dia(s)		

1º contato Data 28/05/2024

Obs.:

[14:45, 28/05/2024] Retenção Odontolife: Boa tarde, tudo bem? Estimo que sim. Me chamo Jessica, falo em nome da Odontolife em parceria com a Dental Uni. Neste contato falo com Dra. FERNANDA IRAPAOAN PEREIRA? Assunto seria sobre seu credenciamento conosco e um protocolo aberto no site informando o interesse em desligamento. Gostaria de verificar, para sanarmos a questão da melhor maneira possível. Aguardo seu retorno, desde já agradeço! [11:20, 29/05/2024] +55 11 91631-3897: Bom dia! Tudo bem?

[11:20, 29/05/2024] +55 11 91631-3897: Sim. Precisamos nos descredenciar

2º contato Data 28/05/2024

Obs.:

[16:18, 29/05/2024] Retenção Odontolife: Obrigada por seu retorno! [16:19, 29/05/2024] Retenção Odontolife: Mas qual seria o motivo, por gentileza? há algo que possamos fazer, para mantermos a parceria? [16:29, 29/05/2024] +55 11 91631-3897: O motivo é o fechamento da clínica. [14:00, 28/06/2024] +55 11 91631-3897: Boa tarde

[14:00, 28/06/2024] +55 11 91631-3897: Tudo bem? [14:01, 28/06/2024] +55 11 91631-3897: Eu solicitei o descredenciamento do convênio pois vamos fechar a clínica

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 SELECIONE "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 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 checked="" 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 RT, a mesma informa que está se descredenciando dos convênios pois vai fechar a clínica.

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