



Formulário - Processo de Retenção



| | | | | | |
|---|--------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Colaborador | | Qtd CRO(s) | | 1 | |
| Nayra Marquim | | | Data | | |
| 30/04/2025 | | | | | |
| Operadora | CRO | UF | Nome dentista | | |
| ODONTOLIFE | 113126 | sp | CAMILO DE SOUZA CASTRO NETO | | |
| CNPJ | | CPF | | | |
| - | | 41735120820 | | | |
| Data inclusão | Tipo | Demandado por? | | Nº do protocolo | Dt. abertura protocolo |
| 06/12/2016 | F | Operadora | | SAD173651158031 | 10/01/2025 |
| UF | Cidade | nº de vidas | | nº CRO(S) únicos divulgados | |
| SP | BAURU | 1.793 | | 34 | |
| Atende outros convênios | | | Quais? | | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | | | | |
| Moeda | | Última produç. | Valor última prod. | | |
| - | | - | - | | |
| Data início | | Data final | Tempo finalização | | |
| 30/04/2025 | | 30/04/2025 | 0 dia(s) | | |
| 1º contato | | Data | 23/04/2025 | | |
| Obs.: | | | | | |
| [08:17, 25/04/2025] Retenção Odontolife: om dia, Drª Poderia me dar um retorno em relação a solicitação acima. Aguardo um retorno.Atenciosamente. [08:56, 25/04/2025] Retenção Odontolife: Tudo bem Doutor Muito obrigado pelo retorno, seguirei com o protocolo. tenha um bom dia! [09:01, 25/04/2025] +55 14 98164-8048: Obrigado e igualmente !! | | | | | |
| 2º contato | | Data | | | |
| Obs.: | | | | | |
| | | | | | |
| 3º contato | | Data | | | |
| Obs.: | | | | | |
| | | | | | |
| 4º contato | | Data | | | |
| Obs.: | | | | | |
| | | | | | |

| Áreas Divulgadas | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cirurgia | <input type="checkbox"/> Periodontia |
| <input type="checkbox"/> Dentística | <input type="checkbox"/> Prótese Dentária |
| <input type="checkbox"/> Endodontia | <input type="checkbox"/> Clínico Geral |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortodontia | <input type="checkbox"/> Urgência e Emergência |
| <input type="checkbox"/> Radiologia | <input type="checkbox"/> Odontopediatria |

| Quantidade de dentistas por área | | | |
|----------------------------------|------------|--|------------------|
| | Cirurgia | | Periodontia |
| | Dentística | | Prótese Dentária |
| | Endodontia | | Clínico Geral |
| 6 | Ortodontia | | Urg e Emerg. |
| | Radiologia | | Odontopediatria |

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 checked="" type="checkbox"/> Outros |

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

Doutor não está atendendo nenhum plano apenas particular

Motivo desligamento

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perda de Contato | <input 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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Carteira de Clientes Particular | <input type="checkbox"/> Estudos | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Servidor Público | <input type="checkbox"/> Mudou de Área | |
| <input type="checkbox"/> Óbito | <input type="checkbox"/> Falta de Reajuste | |

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Foi evidenciado com prints no protocolo | <input type="checkbox"/> Buscado contato nas REDES CONCORRENTES |
|---|---|

Obs. Desligamento

Doutor atendera apenas particular

Kelly Oliveira

Maykon Dal'Negro