

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			7
	Data			
Andrey Vidal Siqueira				22/10/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	50847	RJ	AMANDA BOTELHO DA SILVA	
CNPJ	CPF			
42009161000196		15378859794		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
12/01/2024	J	Operadora	SAD17290075637	15/10/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
RJ	RIO DE JANEIRO	13.158	1025	
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		
15/10/2024	22/10/2024	7 dia(s)		

1º contato Data 22/10/2024

Obs.:

[16:48, 22/10/2024] Retenção Odontolife: Boa tarde, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni[16:50, 22/10/2024] Retenção Odontolife: Drª NATALIA RIBEIRO DE ARAUJO CRO: RJ - 43755, Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento dos prestadores: GABRIEL COSTA DE LIMA 53512RJARYNIC DE SOUSA IGLESIAS PEREIRA 51227RJAMANDA BOTELHO DA SILVA 50847RJINGRID PIRES GAMA 46750RJGostaria de confirmar se os prestadores citados não fazem mais parte do quadro clínico? Para seguirmos com os respectivos desligamentos. Fico no aguardo de seu retorno.

2º contato Data 22/10/2024

Obs.:

[17:17, 22/10/2024] +55 21 99869-0623: Boa tarde  
 [17:17, 22/10/2024] +55 21 99869-0623: Não fazem mais parte.  
 [17:21, 22/10/2024] +55 21 99869-0623: Provavelmente mês que vem iremos adicionar mais dentistas. Estamos em expansão

3º contato Data 22/10/2024

Obs.:

[17:25, 22/10/2024] Retenção Odontolife: Certo, iremos seguir com o processo de descredenciamento dos prestadores acima.  
 [17:26, 22/10/2024] Retenção Odontolife: Perfeito, assim que disponível é só solicitarem a inclusão.

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 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"/> Outros                        |
| <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 foi confirmado que os prestadores citados não fazem mais parte do quadro clínico. Sem telefones pessoais para indicações.

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