



Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		Qtd CRO(s)		2	
DUANY VITORIA BALHUK		Data		03/04/2024	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	134403	SP	FERNANDA ALVES DA GAMA		
CNPJ		CPF			
34791620000108		41811838820			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
04/04/2022	J	Operadora	SAD170852044985	21/02/2024	
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
SP	SAO PAULO	21.927	1176		
Atende outros convênios		Quais?			
<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		*			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,35	sem guias	R\$ -			
Data início	Data final	Tempo finalização			
21/02/2024	03/04/2024	42 dia(s)			
1º contato		Data 21/02/2024			
Obs.:					
Encaminhamos uma mensagem às 10:42, para verificar a saída da prestadora FERNANDA ALVES DA GAMA CRO 134403, aguardando retorno.					
2º contato		Data 03/04/2024			
Obs.:					
Em conversa anterior: [10:42 AM, 21/02/2024] Retenção Odontolife: Falo com a Drª JESSICA DOS SANTOS BRANDAO CRO: SP - 133644 ? Isto entrando em contato referente a sua solicitação de desligamento da prestadora, FERNANDA ALVES DA GAMA CRO 134403 gostaria de saber se esta informação procede? [2:11 PM, 21/02/2024] +55 11 94743-8137: Sim [2:14 PM, 21/02/2024] Retenção Odontolife: Obrigada pelo retorno Drª!! [2:14 PM, 21/02/2024] Retenção Odontolife: Por gentileza, seria possível encaminhar o contato da prestadora Fernanda? Para que possamos suprir um credenciamento [2:36 PM, 21/02/2024] +55 11 94743-8137: N temos mais					
3º contato		Data 03/04/2024			
Obs.:					
Não encontrado nenhum meio de contato no google redes sociais e concorrentes!!					
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 Grossoeiro |
| <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 | | |

Necessário abertura de protocolo

☐ SIM ☐ NÃO

Obs. Geral

Drª confirmou que a mesma não faz mais parte do corpo clínico, não possui nenhum contato da mesma. Não encontrado nenhum meio de contato no google redes sociais (não possui) e concorrentes!!

Setor responsável

☐ T.I. ☐ Central de atendimento ☐ Análise Técnica ☐ Comercial

Poliana Andrade Silva

Maykon Dal'Negro