

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			3
Data			11/10/2024	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	9617	GO	ANA CAROLINA BOAVENTURA BORGES	
CNPJ	CPF			
40057248000103		95060022153		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
03/02/2023	J	Operadora	SAD172849457168	09/10/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
GO	GOIANIA	3.051	110	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	-	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
09/10/2024	11/10/2024	2 dia(s)		

1º contato Data 10/10/2024

**Obs.:**

Mensagem:  
Olá Dr(a). KARINE TAKAHASHI BOAVENTURA BORGES, tudo bem?

Recepionamos a solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento. Em breve entraremos em contato!

2º contato Data 10/10/2024

**Obs.:**

Mensagem:  
Boa tarde,  
Encaminhado mensagem para confirmar remoção da prestadora.

3º contato Data 10/10/2024

**Obs.:**

[17:17, 10/10/2024] ☺: Boa tarde Dra. KARINE TAKAHASHI BOAVENTURA BORGES tudo bem? Estimo que sim.  
Me chamo Jessica, falo em nome da OdontoLife em parceria com a Dental Uni.  
Motivo do meu contato, é referente a solicitação de desligamento de uma prestadora em nosso site.  
ANA CAROLINA BOAVENTURA BORGES - 9617GO

4º contato Data 10/10/2024

**Obs.:**

[18:01, 10/10/2024] +55 62 8330-9035: Boa tarde  
[18:02, 10/10/2024] +55 62 8330-9035: A dra Ana não estará mais atendendo a unidade da harmoface Odontologia  
[08:32, 11/10/2024] ☺: Bom dia tudo bem?  
Isso, referente a HARMOFACE - 40057248000103. Obrigada pela confirmação, seguirei com a desativação da prestadora.

5º contato Data 11/10/2024

**Obs.:**

Mensagem:  
Bom dia,

conforme interação em nota anterior, clinica confirma saída da prestadora desta unidade.

**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"/> Regras 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**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
|------------------------------|------------------------------|

**Obs. Geral**

<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Central de atendimento	<input type="checkbox"/> Análise Técnica	<input type="checkbox"/> Comercial
------------------------------	---	--	------------------------------------

_____ <b>Poliana Andrade Silva</b>	_____ <b>Maykon Dal'Negro</b>
---------------------------------------	----------------------------------