

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			3
	Data			21/08/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	8544	MS	EDUARDO DE OLIVEIRA SILVEIRA	
CNPJ	CPF			
	53745700000171			05282111101
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
11/03/2024	J	Operadora	SAD172047005291	08/07/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
MS	CAMPO GRANDE	1.898	30	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	04/05/2024	R\$ 191,10		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
08/07/2024	21/08/2024	44 dia(s)		

1º contato Data 16/08/2024

Obs.:

[11:07, 8/16/2024] Retenção Odontolife: Boa tarde, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.[11:09, 8/16/2024] Retenção Odontolife: Dr. EDUARDO DE OLIVEIRA SILVEIRA CRO: MS - 8544, Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento da clínica: Razão social: CLINICA ORAL PRIME LTDA CNPJ: 53745700000171. Gostaria de entender melhor quais foram os motivos e/ou insatisfações que levaram ao desligamento? Para verificarmos se a algo que possamos melhorar e fazer para sua permanência junto a operadora.[11:09, 8/16/2024] Retenção Odontolife: Fico no aguardo de seu retorno.

2º contato Data 16/08/2024

Obs.:

[11:09, 8/16/2024] +55 67 9846-2091: Bom dia tudo bem?
[11:10, 8/16/2024] +55 67 9846-2091: O pagamento é baixo, por isso decidimos sair

3º contato Data 19/08/2024

Obs.:

[09:11, 8/19/2024] Retenção Odontolife: Bom dia, tudo bem e contigo?Entendo, no caso esses valores ficaram de acordo no momento da inclusão. Vejo que o Dr. ainda não completou 12 meses de credenciamento, para assim podermos realizar o seu REAJUSTE.[09:12, 8/19/2024] Retenção Odontolife: O que podemos realizar no momento até que o Dr. possua o direito ao reajuste e assim melhoramos seus valores é uma ação comercial de divulgação para melhorar sua visibilidade em nosso site e realizar indicações de beneficiários para o vosso atendimento e assim aumentar sua demanda/repasses.

4º contato Data 21/08/2024

Obs.:

[09:13, 8/19/2024] Retenção Odontolife: Gostaríamos muito que mantivesse a parceria conosco. [15:28, 8/21/2024] Retenção Odontolife: Boa tarde Dr., tudo bem? Precisamos de um retorno, para darmos sequencia na tratativa. [15:30, 8/21/2024] +55 67 9846-2091: Boa tarde [15:30, 8/21/2024] +55 67 9846-2091: Todo bem e vc? [15:30, 8/21/2024] +55 67 9846-2091: Iremos sair

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 SELEÇÃO "OUTROS".**

Motivo desligamento

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perda de Contato | <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde | <input type="checkbox"/> Beneficiário Grosseiro |
| <input checked="" 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 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, Dr. informa que motivo do descredenciamento seria devido ao baixo pagamento. Informado ao mesmo que os valores ficaram acordados no momento da inclusão e que devido a clínica ser credenciada recentemente e não ter concluído 12 meses de credenciamento, não seria possível realizarmos seu reajuste. Ofertado ação de divulgação para melhorarmos seus repasses, e dito para o Dr. continuar com os atendimentos até a data aniversário. porém Dr. não concordou e quer o descredenciamento. Encaminhado e-mail.

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