

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Andrey Vidal Siqueira			Qtd CRO(s)	3	
				Data	04/10/2024	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista			
ODONTOLIFE	6145	MS	NADYENKA RODRIGUES ALPIRES			
CNPJ	CPF					
	50703153000173			02289947130		
Data inclusão	26/10/2023	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
		J	Operadora	SAD172710181554	23/09/2024	
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	07/08/2024	R\$ 52,20				
Data inicio	Data final	Tempo finalização				
23/09/2024	04/10/2024	11 dia(s)				
1º contato	Data	03/10/2024				
Obs.:						
[16:50, 03/10/2024] Retenção Odontolife: Boa tarde, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.[16:50, 03/10/2024] +55 67 8143-9758: Clarident Odontologia agradece seu contato. Se for beneficiário de algum plano, por gentileza nos envie os seguintes dados. ☎ Plano: Nome completo:Número da carteirinha:Data de nascimento:CPF:Endereço:Preferência de horário:						

2º contato	Data	03/10/2024				
Obs.:						
[16:52, 03/10/2024] Retenção Odontolife: Drª JESSICA MAYARA SAUCEDO DOS SANTOS CRO: MS - 6647, Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento da prestadora: NADYENKA RODRIGUES ALPIRES CRO 6145.Gostaria de confirmar se a mesma já não faz mais parte do quadro clínico e não atende mais pelo convênio? Para assim seguirmos com o desligamento.[16:52, 03/10/2024] Retenção Odontolife: Fico no aguardo de seu retorno.						

3º contato	Data	03/10/2024				
Obs.:						
[18:15, 03/10/2024] +55 67 8143-9758: Boa tarde Andrey. Confirmando que a Dra Nadyenka Alpires, não faz mais parte do corpo clínico e não atende mais pelo plano.						

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 SELEÇÃO "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

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

Obs. Geral

Em contato com a clínica, foi confirmado que a prestadora citada não faz mais parte do quadro clínico. Sem telefone pessoal para indicação.

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