

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			7
Andrey Vidal Siqueira			Data	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	46454	RJ	ROBERTA MACHADO MAGALHAES	
CNPJ	CPF			
38130896000104		12688875795		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
29/12/2020	J	Operadora	SAD171950990058	27/06/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
RJ	NITEROI	1.339	101	
Atende outros convênios		Quais?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,40	17/01/2024	R\$ 57,60		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
27/06/2024	27/06/2024	0 dia(s)		

1º contato Data 13/05/2024

**Obs.:**

[11:32, 13/05/2024] Retenção Odontolife: Bom dia, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.[11:33, 13/05/2024] Retenção Odontolife: Drª ROBERTA MACHADO MAGALHAES CRO: RJ - 46454, Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento. Procede a informação que a Drª não faz mais parte do corpo clínico? [10:47, 14/05/2024] +55 21 96753-4227: não ela não faz mais parte do nosso corpo clínico estamos em processo de troca no cro para nova dentista que irá assumir a clínica

2º contato Data 27/06/2024

**Obs.:**

Em contato no telefone: 21 96753-4227, confirmado que Drª ROBERTA MACHADO MAGALHAES CRO: RJ - 46454 não faz mais parte do corpo clínico. Já realizada a troca de RT via protocolo: 40641420240401000046.

3º contato Data

**Obs.:**

4º contato	Data
<b>Obs.:</b>	

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".**

Em contato com a clínica, confirmado que Drª não trabalha mais no local. Realizado a troca de responsabilidade técnica via protocolo: SAD171197531271

**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 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 Público	<input type="checkbox"/> Mudou de Área	
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Falta de Reajuste	

**Necessário abertura de protocolo**

SIM  NÃO

**Obs. Geral**

**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