

# Formulário - Processo de Retenção



|                              |   |                    |                             |                        |            |
|------------------------------|---|--------------------|-----------------------------|------------------------|------------|
| Colaborador                  | DUANY VITORIA BALHUK                    |                    |                             | Qtd CRO(s)             | 1          |
|                              |   |                    |                             | Data                   | 12/04/2024 |
| Operadora                    | CRO                                     | UF                 | Nome dentista               |                        |            |
| ODONTOLIFE                   | 33100                                   | PR                 | MATHEUS SOARES DE OLIVEIRA  |                        |            |
| CNPJ                         | CPF                                     |                    |                             | 08527201577            |            |
| Data inclusão                | Tipo                                    | Demandado por?     | Nº do protocolo             | Dt. abertura protocolo |            |
| 29/09/2023                   | F                                       | Operadora          | SAD170929401283             | 01/03/2024             |            |
| UF                           | Cidade                                  | nº de vidas        | nº CRO(S) únicos divulgados |                        |            |
| PR                           | SARANDI                                 | 2.621              | 33                          |                        |            |
| Atende outros convênios      |   |                    |                             |                        |            |
| Quais? *                     |   |                    |                             |                        |            |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |                    |                             |                        |            |
| Moeda                        | Última produç.                          | Valor última prod. |                             |                        |            |
| 0,30                         | SEM GUIAS                               | R\$ -              |                             |                        |            |
| Data inicio                  | Data final                              | Tempo finalização  |                             |                        |            |
| 01/03/2024                   | 12/04/2024                              | 42 dia(s)          |                             |                        |            |

1º contato Data 08/03/2024

Obs.:

Encaminhei mensagem no whatsapp 38 9244-6650, para verificar e confirmar o motivo de descredenciamento.

2º contato Data 12/04/2024

Obs.:

Em contato anterior: [08:57, 08/03/2024] +55 38 9244-6650: Bom dia, Jhone Tudo bem [08:57, 08/03/2024] +55 38 9244-6650: Jhone, não estou mais atendendo na cidade onde me credenciei [09:01, 08/03/2024] Retenção Odontolife: Compreendo, o Dr está atendendo em qual cidade atualmente? [09:03, 08/03/2024] +55 38 9244-6650: Maringá [09:04, 08/03/2024] +55 38 9244-6650: Mas não tenho interesse no plano pra cá, por enquanto

3º contato Data [REDACTED]

Obs.:

4º contato Data [REDACTED]

Obs.:

5º contato Data [REDACTED]

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 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 checked="" 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                           |   |  |

Necessário abertura de protocolo

SIM  NÃO

Obs. Geral

Dr informou que não atende mais em SARANDI, se mudou para MARINGÁ e informou que não tem interesse no momento no credenciamento nessa cidade.

T.I  Central de atendimento  Análise Técnica  Comercial

Poliana Andrade Silva

Maykon Dal'Negro