

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Andrey Vidal Siqueira			Qtd CRO(s)	15
				Data	03/09/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	13542	CE	PAMELA PESSOA MAIA DOS SANTOS		
CNPJ	CPF				
	11752992000120			06681269303	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
27/07/2023	J	Operadora	SAD17253014173	02/09/2024	
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
CE	FORTALEZA	1.730	126		
Atende outros convênios			Quais?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO				
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,40	Sem guias	R\$ -			
Data inicio	Data final	Tempo finalização			
02/09/2024	03/09/2024	1 dia(s)			

1º contato Data 03/09/2024

Obs.:

[17:05, 03/09/2024] Retenção Odontolife: Boa tarde, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.[17:07, 03/09/2024] Retenção Odontolife: Drª RENATA ASFOR ROCHA CARVALHO MARTINS CRO: CE - 6292, Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento dos prestadores: CINTIA MENDES NUNES 8510 CE / GISELLE VASCONCELOS DE MORAES 8443 CE / PAMELA PESSOA MAIA DOS SANTOS 13542 CEGostaria de confirmar se as mesmas já não fazem mais parte do quadro clínico, para seguirmos com os respectivos desligamentos.[17:07, 03/09/2024] Retenção Odontolife: Fico no aguardo de seu retorno.

2º contato Data 03/09/2024

Obs.:

[17:26, 03/09/2024] +55 85 9103-0865: Boa tarde. Pode confirmar.

3º contato Data

Obs.:

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 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"/> 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

Conforme validação anterior e contato hoje com a clínica, foi confirmado que as prestadoras citadas não fazem mais parte do quadro clínico. Sem telefones pessoais 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