

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)		Data	
Nayra marquim		16/01/2025		
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	24928	RJ	KARIN CUNHA SCHMIDT	
CNPJ	CPF			
-	03763211721			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
13/01/2020	F	Operadora	SAD173159139267	14/11/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
RJ	RIO DE JANEIRO	13.158	1025	
Atende outros convênios		Quais?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
-	-	-		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
14/11/2024	07/01/2025	54 dia(s)		
1º contato	Data	09/01/2025		
<b>Obs.:</b> KARIN CUNHA SCHMIDTCRO: RJ - 24928, Espero que esta mensagem o encontre bem. Meu nome é Nayra e sou representante da OdontoLife, em parceria com a Dental Uni. O motivo do meu contato é referente à solicitação de desligamento registrada em nosso site. Antes de prosseguirmos com o preenchimento do formulário correspondente, gostaria de solicitar uma breve conversa com o senhor(a) para compreender melhor suas insatisfações. Nossa objetivo é verificar se há algo que possamos oferecer ou aprimorar para manter nossa parceria.				
2º contato	Data	16/01/2025		
<b>Obs.:</b> [10:09, 16/01/2025] +55 35 9736-4451: Bom dia! Não tem pacientes deste convênio [10:30, 16/01/2025] Retenção Odontolife: Eu gostaria de conversar sobre a permanência pois podemos oferecer o aumento na moeda da clínica e todo o suporte e auxílio necessário referente a insatisfação de baixa demanda. A operadora está disposta em investir em sua divulgação para realizarmos uma ação comercial indicando beneficiários a clínica, melhorando a divulgação e sua visibilidade em nosso SITE e consequentemente impulsionando o fluxo de pacientes.				
3º contato	Data	16/01/2025		
<b>Obs.:</b> [13:33, 16/01/2025] +55 35 9736-4451: Pode ser [13:43, 16/01/2025] Retenção Odontolife: Doutora Ana Paula, Agradeço novamente pela confiança na Odontolife. Iniciarei o protocolo para divulgação e, nos próximos dias, entrarei em contato para informar a moeda base aprovada pelo sistema para a senhora. Fico à disposição para qualquer dúvida e dificuldade que possa surgir.				
4º contato	Data			
<b>Obs.:</b> [REDACTED]				

Áreas Divulgadas	
<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Periodontia
<input checked="" type="checkbox"/> Dentística	<input type="checkbox"/> Protese Dentalria
<input type="checkbox"/> Endodontia	<input checked="" type="checkbox"/> Clínico Geral
<input checked="" type="checkbox"/> Ortodontia	<input type="checkbox"/> Urgência e Emergência
<input type="checkbox"/> Radiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Odontopediatria

Quantidade de dentistas por área		
	Cirurgia	Periodontia
355	Dentística	Protese Dentalria
	Endodontia	595 Clínico Geral
209	Ortodontia	Urg e Emerg.
	Radiologia	95 Odontopediatria

<input type="checkbox"/> Ofertado Novos Valores	<input checked="" type="checkbox"/> Ofertado Suporte	<input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação
<input type="checkbox"/> Ofertado Treinamento	<input type="checkbox"/> Ofertado Reciclagem	<input type="checkbox"/> Outros
<b>Obs.:</b> <b>OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CASO SELECIONE "OUTROS".</b>		

<b>Motivo desligamento</b>		
<input type="checkbox"/> Perda de Contato <input type="checkbox"/> Valores <input type="checkbox"/> Removido Prestador <input type="checkbox"/> Dificuldades com o Sistema <input type="checkbox"/> Régulas Técnicas <input type="checkbox"/> Baixa Procura <input type="checkbox"/> Cobrança indevida <input type="checkbox"/> Ameaça Judicialização <input type="checkbox"/> Carteira de Clientes Particular <input type="checkbox"/> Servidor Público <input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde <input type="checkbox"/> Franquia <input type="checkbox"/> Sem Local de Atendimento <input type="checkbox"/> Prazo Liberação de Guias <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos Estéticos <input type="checkbox"/> Dificuldade de Contato com a Central <input checked="" type="checkbox"/> Burocracia Operadora <input type="checkbox"/> Terceirização de Atendimento <input type="checkbox"/> Estudos <input type="checkbox"/> Mudou de Área <input type="checkbox"/> Falta de Reajuste	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grosseiro <input type="checkbox"/> Alteração Responsável Técnico <input type="checkbox"/> Glosas <input type="checkbox"/> Encerramento de Atividades <input type="checkbox"/> Aposentou <input type="checkbox"/> Falta de Suporte da Operadora <input type="checkbox"/> Negativa de Atendimento <input type="checkbox"/> Migração <input type="checkbox"/> Outros

<input checked="" type="checkbox"/> Foi evidenciado com prints no protocolo	<input type="checkbox"/> Buscado contato nas REDES CONCORRENTES
---	---

<b>Obs. Desligamento</b>	
[REDACTED]	

Kelly Oliveira	Maykon Dal'Negro
----------------	------------------