

# Formulário - Processo de Retenção



|  |                              |                    |                             |                        |             |
|--|------------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------|-------------|
| Colaborador  | Andrey Vidal Siqueira        |                    |                             | Qtd CRO(s)             | 3           |
|  |                              |                    |                             | Data                   | 01/07/2024  |
| Operadora  | CRO                          | UF                 | Nome dentista               |                        |             |
| ODONTOLIFE   | 34739                        | PR                 | ZEINAB EL ZEIN              |                        |             |
| CNPJ   | CPF                          |                    |                             | 50337886000131         | 12077965908 |
| Data inclusão  | Tipo                         | Demandado por?     | Nº do protocolo             | Dt. abertura protocolo |             |
| 19/01/2024   | J                            | Operadora          | SAD171595169048             | 17/05/2024             |             |
| UF   | Cidade                       | nº de vidas        | nº CRO(S) únicos divulgados |                        |             |
| PR   | FOZ DO IGUACU                | 7.085              | 21                          |                        |             |
| Atende outros convênios  |                              |                    | Quais?                      |                        |             |
| <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |                    |                             |                        |             |
| Moeda  | Última produç.               | Valor última prod. |                             |                        |             |
| 0,45   | 26/04/2024                   | R\$ 54,90          |                             |                        |             |
| Data inicio  | Data final                   | Tempo finalização  |                             |                        |             |
| 17/05/2024   | 01/06/2024                   | 15 dia(s)          |                             |                        |             |
| 1º contato   | Data                         | 01/07/2024         |                             |                        |             |
| <b>Obs.:</b>   |                              |                    |                             |                        |             |
| [10:33, 01/07/2024] Retenção Odontolife: Bom dia, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.[10:34, 01/07/2024] Retenção Odontolife: Drª AMANDA THALITA ROCHA MARTINS CRO: PR - 35396, Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento da prestadora ZEINAB EL ZEIN PR - 34739. Gostaria de confirmar se a mesma não faz mais parte do quadro clínico? Para seguirmos com o descredenciamento. |                              |                    |                             |                        |             |

|  |      |            |  |  |  |
|--|------|------------|--|--|--|
| 2º contato   | Data | 01/07/2024 |  |  |  |
| <b>Obs.:</b>   |      |            |  |  |  |
| [11:54, 01/07/2024] +55 45 9817-7121: Dayane Atendimento:Bom dia sim aqui da Clínica da Vila A sim!!         |      |            |  |  |  |
| [13:23, 01/07/2024] Retenção Odontolife: Isso, referente Razão social: ODONTO PROTESES CNPJ: 50337886000131. |      |            |  |  |  |

|              |      |       |  |  |  |
|--------------|------|-------|--|--|--|
| 3º contato   | Data | _____ |  |  |  |
| <b>Obs.:</b> |      |       |  |  |  |
|              |      |       |  |  |  |

|              |      |       |  |  |  |
|--------------|------|-------|--|--|--|
| 4º contato   | Data | _____ |  |  |  |
| <b>Obs.:</b> |      |       |  |  |  |
|              |      |       |  |  |  |

|              |      |       |
|--------------|------|-------|
| 5º contato   | Data | _____ |
| <b>Obs.:</b> |      |       |
|              |      |       |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Ação Retenção</b>   |  |  |
| <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              |
| <b>Obs.:</b> <b>OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CASO SELEÇÃO "OUTROS".</b> |  |  |
|  |  |  |

|  |   |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|
| <b>Motivo desligamento</b>                               |   |  |  |  |  |
| <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"/> Servidor Publico                | <input type="checkbox"/> Mudou de Área                        |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Óbito                           | <input type="checkbox"/> Falta de Reajuste                    |  |  |  |  |

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| <b>Necessário abertura de protocolo</b>  |                              |  |
| <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO |  |
| <b>Obs. Geral</b>  |                              |  |
| Em contato com a clínica, confirmado que prestadora já não faz mais parte do quadro clínico. |                              |  |
|  |                              |  |

|                              |   |  |                                    |
|------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <b>Setor responsável</b>     |   |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> Central de atendimento | <input type="checkbox"/> Análise Técnica | <input type="checkbox"/> Comercial |
|                              |   |  |                                    |
| <b>Poliana Andrade Silva</b> |   | <b>Maykon Dal'Negro</b>                  |                                    |
|                              |   |  |                                    |