

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			6
	Data			
Andrey Vidal Siqueira				10/06/2024
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	SAD171681128862	27/05/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
RJ	NITEROI	643	101	
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		
27/05/2024	10/06/2024	14 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

2º contato Data

Obs.:

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".**

Em contato com RT, o mesmo confirma que prestadora não faz mais parte do corpo clínico.

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"/> Servidor Publico                | <input type="checkbox"/> Mudou de Área                        |  |
| <input type="checkbox"/> Óbito                           |   |  |

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
--------------------------------	---------------------------