

Formulário - Processo de Retenção



| | | | | |
|---|------------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------|
| Colaborador | Qtd CRO(s) | | | 1 |
| | Data | | | |
| Andrey Vidal Siqueira | | | | 21/10/2024 |
| Operadora | CRO | UF | Nome dentista | |
| ODONTOLIFE | 31397 | RS | CLAUDIA PERROCO SANSONE | |
| CNPJ | CPF | | | |
| 46878970000195 | | 03228013030 | | |
| Data inclusão | Tipo | Demandado por? | Nº do protocolo | Dt. abertura protocolo |
| 12/06/2024 | J | Operadora | SAD172847427272 | 09/10/2024 |
| UF | Cidade | nº de vidas | nº CRO(S) únicos divulgados | |
| RS | CANOAS | 968 | 21 | |
| Atende outros convênios | | | | |
| Quais? | | | | |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | |
| Moeda | Última produç. | Valor última prod. | | |
| 0,30 | 18/07/2024 | R\$ 65,10 | | |
| Data inicio | Data final | Tempo finalização | | |
| 09/10/2024 | 21/10/2024 | 12 dia(s) | | |
| 1º contato | Data | 18/10/2024 | | |
| Obs.: | | | | |
| [15:51, 18/10/2024] Retenção Odontolife: Boa tarde, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni. Drª CLAUDIA PERROCO SANSONE CRO: RS - 31397, Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento devido a burocracia do sistema, correto? Gostaria de entender melhor suas insatisfações e verificar se há algo que possamos fazer e melhorar para a sua permanência conosco.Fico no aguardo de seu retorno.[15:53, 18/10/2024] +55 51 9364-7446: boa tarde, gostaria apenas de seguir com o descredenciamento[15:53, 18/10/2024] +55 51 9364-7446: obrigada | | | | |
| 2º contato | Data | 21/10/2024 | | |
| Obs.: | | | | |
| [10:30, 21/10/2024] Retenção Odontolife: Bom dia, tudo bem? Quais foram as maiores insatisfações com o sistema Drª? Vejo que a clínica foi credenciada recentemente, queremos continuar sendo parceiros de longo prazo e acreditamos que a nossa colaboração pode ser ainda mais proveitosa. A sua satisfação é fundamental para nós. Estamos comprometidos em oferecer suporte contínuo e garantir que você tenha o apoio necessário para manter seu consultório funcionando da melhor maneira | | | | |
| 3º contato | Data | 21/10/2024 | | |
| Obs.: | | | | |
| [10:38, 21/10/2024] +55 51 9364-7446: apenas seguir com o descredenciamento[10:41, 21/10/2024] Retenção Odontolife: Entendo, nesse caso seguiremos com o processo de descredenciamento da clínica: Razão social: ORTHOCLUB CANOAS CNPJ: 46878970000195 conforme solicitado. | | | | |
| 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 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 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 Público | <input type="checkbox"/> Mudou de Área | |
| <input type="checkbox"/> Óbito | <input type="checkbox"/> Falta de Reajuste | |

Necessário abertura de protocolo

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
|------------------------------|------------------------------|

Obs. Geral

Em contato com a clínica, foi confirmado o desejo do descredenciamento, ofertado SUPORTE para que pudesse manter a parceria porém RT quis seguir com o descredenciamento devido a burocracia da operadora. Clínica sem direito a REAJUSTE de tabela.

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