

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Andrey Vidal Siqueira			Qtd CRO(s)	6
				Data	08/08/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	101786	SP	FABIO MARCIO STEFANELLI VIEIRA		
CNPJ	CPF				
	04896785000183		67334504887		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
01/09/2021	J	Operadora	SAD172261649915	02/08/2024	
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
SP	SAO PAULO	33.492	1176		
Atende outros convênios			Quais?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO				
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,44	Sem guias	R\$ -			
Data inicio	Data final	Tempo finalização			
02/08/2024	07/08/2024	5 dia(s)			

1º contato Data 07/08/2024

Obs.:

[17:45, 07/08/2024] Retenção Odontolife: Boa tarde, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.[17:47, 07/08/2024] Retenção Odontolife: Drª VERA LUCIA GARCIA CRO: SP - 24184, Meu contato é referente ao chamado em aberto de desligamento dos prestadores: FABIANA DE CARVALHO VALDETARO-92796 / FABIO MARCIO STEFANELLI VIEIRA-101786 / ISABELA RELVAS DE SOUZA DANGELO-118468Gostaria de confirmar se os mesmo não fazem mais parte do quadro clínico? para seguirmos com os respectivos descredenciamentos.[17:47, 07/08/2024] Retenção Odontolife: Fico no aguardo de seu retorno.

2º contato Data 07/08/2024

Obs.:

[17:58, 07/08/2024] +55 11 91554-9690: Pode fazer o desligamento dos três prestador não trabalha mais na clínica.

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 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 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 | |

Necessário abertura de protocolo

SIM NÃO

Obs. Geral

Em contato com a clínica, foi confirmado que prestadores abaixo, não fazem mais parte do quadro clínico. Sem telefone de contato pessoal 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