

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			6
	Data			
DUANY VITÓRIA BALHUK				27/03/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	3234	AL	CAROLINA ARGOLLO LOBO ALVES	
CNPJ	CPF			
27169073000168		06851166461		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
27/05/2022	J	Operadora	SAD17072413524	06/02/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
AL	MACEIO	1.047	65	
Atende outros convênios		Quais?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	-		
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,35	SEM GUIAS	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
06/02/2024	27/03/2024	50 dia(s)		

1º contato Data 06/02/2024

**Obs.:**

Encaminhamos uma mensagem às 17:08, para fazer a confirmação da saída da prestadora CAROLINA ARGOLLO LOBO ALVES CRO: 3234 - AL. Aguardando retorno. Em contato com a Drª às 17:20, a mesma informa que a prestadora CAROLINA ARGOLLO LOBO ALVES CRO: 3234 - AL não faz mais parte do corpo clínico. Iniciando buscas no google para encontrar o contato da prestadora e encaminhar para setor responsável realizar um futuro credenciamento. Perguntamos para a Drª se ela desejaria incluir algum prestador, a mesma informou que sim. A Drª informou que irá entrar em contato para encaminhar a documentação necessária para fazer a inclusão. Aguardando retorno.

2º contato Data 21/03/2024

**Obs.:**

Encontrado telefone whatsapp 82 8755-2066 no google, enviado mensagem para verificar se é a mesma!

3º contato Data 27/03/2024

**Obs.:**

Enviado e-mail de indicação para o credenciamento.

4º contato Data [REDACTED]

**Obs.:**

5º contato Data [REDACTED]

**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 checked="" 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 Público                | <input type="checkbox"/> Mudou de Área                        |  |
| <input type="checkbox"/> Óbito                           |   |  |

**Necessário abertura de protocolo**

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

**Obs. Geral**

Drª informou que a prestadora realmente saiu da clínica, encontrado whatsapp da Drª no instagram e enviado e-mail de indicação para o credenciamento.

**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