

# Formulário - Processo de Retenção



**Colaborador** Qtd CRO(s) 1  
DUANY VITORIA BALHUK Data 25/04/2024

**Operadora** CRO UF Nome dentista  
ODONTOLIFE 8979 CE TAMARA DA SILVA GAMA

**CNPJ** CPF  
- 05389733312

**Data inclusão** Tipo Demandado por? Nº do protocolo Dt. abertura protocolo  
05/08/2021 F Operadora SAD170656169032 29/01/2024

**UF** Cidade nº de vidas nº CRO(S) únicos divulgados  
CE FORTALEZA 1.067 126

**Atende outros convênios** Quais?  
 SIM  NÃO \*

**Moeda** Última produç. Valor última prod.  
0,30 SEM GUIAS R\$ -

**Data inicio** Data final Tempo finalização  
29/01/2024 25/04/2024 87 dia(s)

**1º contato** Data 16/02/2024

**Obs.:**  
Encaminhamos uma mensagem às 16:40, para confirmar o motivo pelo qual a Drª deseja se descredenciar. Aguardando retorno da mesma.

**2º contato** Data 19/02/2024

**Obs.:**  
Encaminhamos uma nova mensagem às 08:56, para confirmar o motivo de descredenciamento. Aguardando retorno, visto que não tivemos retorno da mensagem anterior.

**3º contato** Data 27/03/2024

**Obs.:**  
A mesma enviou mensagem pelo numero do SAE! enviado whatsapp 27/03, (85) 986167175. pelo RETENÇÃO. Enviado também no whatsapp 85 8849-0666 27/03. Ondeouve 2 tentativas nesse contato.

**4º contato** Data 03/04/2024

**Obs.:**  
Encontrado telefone no instagram 85 8868-3083, encaminhado mensagem.  
[11:49 AM, 03/04/2024] Retenção Odontolife: Gostaria de falar com a Drª TAMARA DA SILVA GAMA CRO: CE - 8979 por gentileza.  
[11:49 AM, 03/04/2024] Retenção Odontolife: É referente aos atendimentos da Dental Uni / Odontolife.

5º contato Data 18/04/2024

**Obs.:**

[11:31, 15/4/2024] Retenção Odontolife: A Drª TAMARA DA SILVA GAMA CRO: CE - 8979 informou que está atendendo apenas pacientes no particular e está desvinculando com todos os convênios. [11:31, 15/4/2024] Retenção Odontolife: Nesse caso poderia me informar se a mesma possui alguma insatisfação com o plano?? Aguardando retorno 85 8616-7175. /// Secretaria informou que:

[15:00, 18/04/2024] +55 85 8616-7175: boa tarde  
[15:00, 18/04/2024] +55 85 8616-7175: não sei informar (sobre a insatisfação).

**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".**

**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 checked="" 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**

- SIM  NÃO

**Obs. Geral**

Drª informou que não atenderá mais nenhum convênio, seguirá com os atendimentos apenas no particular, não informou ter alguma insatisfação com o plano. A mesma ainda consta divulgada na UNIMED apenas para a área de CLÍNICO GERAL.

**Setor responsável**

- T.I.  Central de atendimento  Análise Técnica  Comercial

Poliana Andrade Silva

Maykon Dal'Negro