



# Formulário - Processo de Retenção



|                                                                      |                |                     |                             |                        |  |
|----------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|-----------------------------|------------------------|--|
| Colaborador                                                          |                | Qtd CRO(s)          |                             | 4                      |  |
| DUANY VITÓRIA BALHUK                                                 |                | Data                |                             | 26/03/2024             |  |
| Operadora                                                            | CRO            | UF                  | Nome dentista               |                        |  |
| ODONTOLIFE                                                           | 28205          | MG                  | LILIANE DE OLIVEIRA MORAIS  |                        |  |
| CNPJ                                                                 |                | CPF                 |                             |                        |  |
| 11725031000126                                                       |                | 04246279650         |                             |                        |  |
| Data inclusão                                                        | Tipo           | Demandado por?      | Nº do protocolo             | Dt. abertura protocolo |  |
| 10/12/2019                                                           | J              | Operadora           | SAD168201090349             | 20/04/2023             |  |
| UF                                                                   | Cidade         | nº de vidas         | nº CRO(S) únicos divulgados |                        |  |
| MG                                                                   | JOAO MONLEVADE | 16                  | 1                           |                        |  |
| Atende outros convênios                                              |                | Quais?              |                             |                        |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                | Postal Saúde Odonto |                             |                        |  |
| Moeda                                                                | Última produç. | Valor última prod.  |                             |                        |  |
| 0,40                                                                 | sem produção   | R\$ -               |                             |                        |  |
| Data início                                                          | Data final     | Tempo finalização   |                             |                        |  |
| 20/04/2023                                                           | 26/03/2024     | 341 dia(s)          |                             |                        |  |

1º contato Data 31/05/2023

Obs.: INTERAÇÃO VIA PROTOCOLO - Informamos que iniciaremos seu processo de desligamento, visto que não conseguimos contato com o(a) Sr.(a), para validar o retorno da clínica aos atendimentos. Considerando que não tivemos retorno e que sua divulgação aos beneficiários está suspensa desde o dia 09/09/2020, aguardaremos o seu contato dentro do prazo de 10 dias úteis, contados a partir da data e horário de abertura deste protocolo. Caso não haja manifestação de sua parte seguiremos com seu desligamento. À disposição,

2º contato Data 31/05/2023

Obs.: Encaminhado notificação de descredenciamento da clínica via e-mail, WhatsApp e nota no protocolo, visto que foi realizado tentativa de contato no numero (31) 8799-2499 e não conseguimos contatos, como a clínica esta com a divulgação desativada desde 2020, conforme orientação darei continuidade ao processo de descredenciamento, aguardando um retorno dentro de 10 dias,

3º contato Data 08/08/2023

Obs.: Enviado whatsapp (31) 8799-2499 08/08 às 14:40, para verificar se possui uam previsão de retorno. Foi informado que: `` Sim, a clínica passa por algumas mudanças e estamos tentando adaptações com a nova equipe de trabalho, ok ´ Perguntel: `` Entendi, e teriam alguma previsão de retorno? - Pois podemos deixa-los apenas afastados por no máximo 6 meses.´´ Aguardando retorno!Segue conversa com secretária da clínica: [14:55, 08/08/2023] Retenção - Odontolife: Entendi, e teriam alguma previsão de retorno? Pois podemos deixa-los apenas afastados por no máximo 6 meses. Caso necessitem de um tempo. [15:13, 08/08/2023] +55 31 8799-2499: Por enquanto não, mas entraremos em contato assim

4º contato Data 19/03/2024

Obs.: [9:55 AM, 28/02/2024] +55 31 8799-2499: Bom dia Agatha, tudo bem??? Hoje, o quadro de profissionais que atendem em nossa clínica, se recusam em atender convênios. Por esse motivo, ainda neste momento, não podemos prosseguir com as negociações para dar início aos atendimentos pelo convênio da Odonto Life, pelo menos por enquanto, tá bom Obrigada.

5º contato Data 26/03/2024

Obs.: Liguei no telefone (31) 38317330 26/03, foi informado que não conhece a Drª, liguei nos telefone (31) 999549249, (31) 38524858, mas só deu como ocupado e chamada não atendida. Liguei no telefone (31) 38524858 25/03 - 08h25, deu como não atendida. Enviado whatsapp novamente.

|                                                 |                                              |                                              |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 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 Grossoeiro               |
| <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 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 checked="" 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

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

Obs. Geral Após toda tratativa, houve perca de contato e no 8º contato a mesma apenas retornou informando que não atendem mais planos foi ofertado reajuste, ação de divulgação mas a mesma informou que os prestadores de sua clínica se recusam a atender convenios, por esse motivo não poderiam seguir com as negociações.

|                              |                                                 |                                          |                                    |
|------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|
| Setor responsável            |                                                 |                                          |                                    |
| <input type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> Central de atendimento | <input type="checkbox"/> Análise Técnica | <input type="checkbox"/> Comercial |

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| <hr/>                 | <hr/>            |
| Poliana Andrade Silva | Maykon Dal'Negro |