

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			6
Andrey Vidal Siqueira			Data	14/10/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	53194	RJ	JULIA SERRALLE DI MAIO	
CNPJ	CPF			
16985812000173		17951266710		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
28/11/2023	J	Operadora	SAD172606726471	11/09/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
RJ	NOVA FRIBURGO	301	14	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	Sem guias	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
11/09/2024	14/10/2024	33 dia(s)		

1º contato Data 14/10/2024

Obs.:

[14:11, 14/10/2024] Retenção Odontolife: Boa tarde, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni. Dr. WALDIR PEREIRA DE FREITAS JUNIOR CRO: RJ - 26607, Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento da prestadora: JULIA SERRALLE DI MAIO CRO 53194.Gostaria de confirmar se a mesma já não faz mais parte do quadro clínico, para seguirmos com o desligamento. Fico no aguardo de seu retorno.

2º contato Data 14/10/2024

Obs.:

[14:21, 14/10/2024] +55 22 99998-0172: Boa tarde

[14:22, 14/10/2024] +55 22 99998-0172: Ela não faz mais parte do quadro clínico. Pode fazer o desligamento

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"/> Regras 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

SIM NÃO

Obs. Geral

Em contato com a clínica, foi confirmado que a prestadora citada não faz mais parte do quadro clínico. Sem telefone 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