

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)	Data		
NAYRA MARQUIM		15/01/2025		
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	56159	MG	AMANDA CRISTINA DE LIMA VIEIRA	
CNPJ	CPF			
2649224000144		01873095660		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
24/08/2023	J	Operadora	SAD173290102065	29/11/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
MG	BELO HORIZONTE	7.494	398	
Atende outros convênios				
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Quais?		
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
-	-	--		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
29/11/2024	15/01/2025	47 dia(s)		
1º contato	Data	13/01/2025		
Obs.:	<p>[16:46, 13/01/2025] Retenção Odontolife: Bom dia, Meu nome é Nayra e sou representante da OdontoLife, em parceria com a Dental Uni. O motivo do meu contato é referente à solicitação de desligamento registrada em nosso site da prestadora 56159 - MG AMANDA CRISTINA DE LIMA VIEIRA procede a informação?</p>			
2º contato	Data	13/01/2025		
Obs.:	<p>[17:19, 13/01/2025] +55 31 8466-3256: Boa Tarde , tudo bem? Sim  [17:21, 13/01/2025] Retenção Odontolife: Muito obrigada, tenha uma boa tarde! ☺  [17:21, 13/01/2025] +55 31 8466-3256: Eu que agradeço</p>			
3º contato	Data			
Obs.:				
4º contato	Data			
Obs.:				

Áreas Divulgadas	
<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Periodontia
<input checked="" type="checkbox"/> Dentística	<input checked="" type="checkbox"/> Protese Dentalria
<input type="checkbox"/> Endodontia	<input checked="" type="checkbox"/> Clínico Geral
<input type="checkbox"/> Ortodontia	<input type="checkbox"/> Urgência e Emergência
<input type="checkbox"/> Radiologia	<input type="checkbox"/> Periodontia

Quantidade de dentistas por área		
101	Cirurgia	Periodontia
	Dentística	Protese Dentalria
167	Endodontia	Clínico Geral
	Ortodontia	Urg e Emerg.
	Radiologia	Odontopediatria

<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 checked="" type="checkbox"/> Outros

**Obs.: OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CASO SELECIONE "OUTROS".**

Remoção de prestador
----------------------

Motivo desligamento	
<input type="checkbox"/> Perda de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde
<input type="checkbox"/> Valores	<input type="checkbox"/> Franquia
<input checked="" type="checkbox"/> Removido Prestador	<input type="checkbox"/> Sem Local de Atendimento
<input type="checkbox"/> Dificuldades com o Sistema	<input type="checkbox"/> Prazo Liberação de Guias
<input type="checkbox"/> Régulas Técnicas	<input type="checkbox"/> Apenas procedimentos Estéticos
<input type="checkbox"/> Baixa Procura	<input type="checkbox"/> Dificuldade de Contato com a Central
<input type="checkbox"/> Cobrança indevida	<input type="checkbox"/> Burocracia Operadora
<input type="checkbox"/> Ameaça Judicialização	<input type="checkbox"/> Terceirização de Atendimento
<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	<input type="checkbox"/> Falta de Reajuste
<input type="checkbox"/> Beneficiário Grosseiro	
<input type="checkbox"/> Alteração Responsável Técnico	
<input type="checkbox"/> Glosas	
<input type="checkbox"/> Encerramento de Atividades	
<input type="checkbox"/> Aposentou	
<input type="checkbox"/> Falta de Suporte da Operadora	
<input type="checkbox"/> Negativa de Atendimento	
<input type="checkbox"/> Migração	
<input type="checkbox"/> Outros	

<input checked="" type="checkbox"/> Foi evidenciado com prints no protocolo	<input type="checkbox"/> Buscado contato nas REDES CONCORRENTES
---	---

Obs. Desligamento	
-------------------	--

Kelly Oliveira	Maykon Dal'Negro
----------------	------------------