

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			6
Andrey Vidal Siqueira			Data	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	42819	MG	IZABELA TEODORO AMORIM	
CNPJ	CPF			
10735836000198		09288251677		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
04/11/2021	J	Operadora	SAD171700691541	29/05/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
MG	BELO HORIZONTE	7.970	217	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,40	Sem guias	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
29/05/2024	10/07/2024	42 dia(s)		

1º contato Data 09/07/2024

Obs.:

[16:50, 09/07/2024] Retenção Odontolife: Boa tarde, tudo bem?
Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.
[16:51, 09/07/2024] +55 31 9292-0507: Grupo Odontológico Especializado agradece seu contato. Como podemos ajudar?

2º contato Data 09/07/2024

Obs.:

[16:52, 09/07/2024] Retenção Odontolife: Drª RENATA CAMARGOS ZAMPA CRO: MG - 31590, Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento da prestadora IZABELA TEODORO AMORIM - MG - 42819. Gostaria de confirmar se a mesma já não faz mais parte do quadro clínico? Para seguirmos com o desligamento.[17:49, 09/07/2024] +55 31 9292-0507: Podem prosseguir

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"/> 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 Publico | <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, confirmado que prestadora não trabalha mais no local.

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