

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Andrey Vidal Siqueira			Qtd CRO(s)	2
				Data	06/08/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	33494	SP	MARILENE FORTUNATO MARTON		
CNPJ	CPF			02733253000108	01820481875
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
09/05/2014	J	Operadora	SAD171933174340	25/06/2024	
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
SP	SAO BERNARDO DO CAMPO	1.858	69		
Atende outros convênios			Quais?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO				
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,36	Sem guias	R\$ -			
Data inicio	Data final	Tempo finalização			
25/06/2024	06/08/2024	42 dia(s)			

1º contato Data 06/08/2024

**Obs.:**

[13:49, 6/8/2024] Retenção Odontolife: oa tarde, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.[13:50, 6/8/2024] Retenção Odontolife: Dr. FABIO FORTUNATO MARTON CRO: SP - 82883, Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento devido a burocracias e baixo fluxo de pacientes. Gostaria de entender melhor as insatisfações para conversarmos sobre sobre permanencia, gostaríamos muito que mantivesse a parceria conosco.  
[13:52, 6/8/2024] +55 11 93000-2613: Boa tarde, tudo bem e com você?

2º contato Data 06/08/2024

**Obs.:**

[13:52, 6/8/2024] Retenção Odontolife: Referente ao fluxo de pacientes podemos impulsionar os atendimentos da clínica realizando uma ação de divulgação para melhorar sua visibilidade em nosso site e realizar indicações de beneficiários para o vosso atendimento e assim aumentar sua demanda/repasses. Estamos sempre em busca de melhorias no contato entre prestador e operadora, podemos oferecer todo o suporte necessário.

3º contato Data 06/08/2024

**Obs.:**

[13:52, 6/8/2024] +55 11 93000-2613: Não, obrigada, meu desejo é encerrar mesmo  
[13:52, 6/8/2024] +55 11 93000-2613: Obrigada pelo contato  
[13:53, 6/8/2024] +55 11 93000-2613: Não tenho interesse, te agradeço  
[13:54, 6/8/2024] Retenção Odontolife: Podemos também realizar o seu REAJUSTE anual de repasse visto que possui direito.

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 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 checked="" 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**

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

**Obs. Geral**

Em contato com RT, o mesmo confirma suas insatisfações referente a burocracia e a baixa demanda de pacientes. Ofertado ao Dr. por sua permanencia uma AÇÃO DE DIVULGAÇÃO para melhorarmos o fluxo de pacientes na clínica e ofertado todo o SUPORTE referente a dúvidas. Logo informei, que também podíamos melhorar seus valores pois Dr. tem direito ao REAJUSTE de tabela o mesmo não quis negociar sua permanencia pois não tem interesse em prosseguir com a parceria.

**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