

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Andrey Vidal Siqueira			Qtd CRO(s)	3
				Data	03/05/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	14595	PE	TATIANNA FERREIRA PESSOA		
CNPJ	CPF			09106699000224	10187158436
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
23/01/2024	J	Operadora	SAD171101956293	21/03/2024	
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
PE	PAULISTA	268	93		
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			
21/03/2024	30/04/2024	40 dia(s)			

1º contato Data  

Obs.:

2º contato Data 03/05/2024

Obs.:

Feito contato via WPP:81 9751-2105, para confirmar informações sobre prestadora.

3º contato Data 03/05/2024

Obs.:

[10:10, 03/05/2024] Retenção Odontolife: Bom dia, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.[10:12, 03/05/2024] Retenção Odontolife: Drª. INGRID FERREIRA JERONIMO DA SILVA CRO: PE - 11745, Meu contato é referente ao chamado em aberto de SEU descredenciamento e da Drª TATIANNA FERREIRA PESSOA 14595 - PE. Procede essa informação?[10:12, 03/05/2024] +55 81 9751-2105: Procede sim[10:12, 03/05/2024] +55 81 9751-2105: Bom dia[10:37, 03/05/2024] Retenção Odontolife: Certo, teria um telefone de contato pessoal da Dra Tatiana para nos informar?[10:38, 03/05/2024] +55 81 9751-2105: Vou mandar[10:38, 03/05/2024]

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"/> Mudou de Área
<input type="checkbox"/> Servidor Publico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Necessário abertura de protocolo

SIM  NÃO

## Obs. Geral

Em contato com RT, a mesma informa que não atua mais no corpo clínico. Email encaminha Indicação de profissional

## Setor responsável

T.I  Central de atendimento  Análise Técnica  Comercial

Poliana Andrade Silva

Maykon Dal'Negro