

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
Data			07/03/2024	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	23780	MG	ANA LUCIA MENDES MACEDO MARTINS BANDEIRA	
CNPJ	CPF			
-		71973613620		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
24/06/2021	F	Operadora	SAD170836556914	19/02/2024
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
MG	FRUTAL	63	3	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,35	Sem produção	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
19/02/2024	07/03/2024	17 dia(s)		

1º contato Data 21/02/2024

**Obs.:**

Olá Dr(a). ANA LUCIA MENDES MACEDO MARTINS BANDEIRA, tudo bem? Recebemos a sua solicitação e já estamos dando sequência ao seu atendimento, retornaremos em breve. Dúvidas, estamos à disposição nos seguintes canais: app Odonto Life - Após realizar o login, selecione a opção Protocols. Chat - Atendimento on-line disponível no site [www.odontolifeodontologia.com.br](http://www.odontolifeodontologia.com.br) através da caixa de mensagens no canto inferior direito da tela principal. Site - Após realizar o login no site [www.odontolifeodontologia.com.br](http://www.odontolifeodontologia.com.br), acesse a opção SAD Meus Protocols. Telefones - Ligue para 4007 2828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 000 2828 (demais regiões). Odonto Life Odontologia.

2º contato Data 07/03/2024

**Obs.:**

Bom dia,  
Em contato via wpp 34 9862-8680 Dra informou que não deseja seguir com o credenciamento, foi ofertado reajuste, suporte e treinamento, mesmo assim não aceitou. Mas futuramente pode vir a fazer parceria novamente.  
Seguirei com o desligamento conforme solicitado.

3º contato Data

**Obs.:**

4º contato	Data
<b>Obs.:</b>	

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"/> 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 checked="" 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                                      |   |  |

**Necessário abertura de protocolo**

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

**Obs. Geral**

Dra realiza atendimento particular, recusou reajuste, suporte e treinamento.

**Setor responsável**

- |                              |   |  |                                    |
|------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> Central de atendimento | <input type="checkbox"/> Análise Técnica | <input type="checkbox"/> Comercial |
|------------------------------|---|--|------------------------------------|

Agata B. Gomes

Maykon Dal'Negro