

Formulário - Processo de Retenção



| | | | | |
|--|------------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------|
| Colaborador | Andrey Vidal Siqueira | | | Qtd CRO(s) 2 |
| | | | | Data 02/05/2024 |
| Operadora | CRO | UF | Nome dentista | |
| ODONTOLIFE | 133974 | SP | GABRIELA ALBIERO PIMENTA | |
| CNPJ | CPF | | | |
| 30767587000120 | | 44431036865 | | |
| Data inclusão | Tipo | Demandado por? | Nº do protocolo | Dt. abertura protocolo |
| 19/02/2024 | J | Operadora | SAD17144781953 | 30/04/2024 |
| UF | Cidade | nº de vidas | nº CRO(S) únicos divulgados | |
| SP | SOROCABA | 6.910 | 69 | |
| Atende outros convênios Quais? | | | | |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | | | |
| Moeda | Última produç. | Valor última prod. | | |
| 0,40 | 13/04/2024 | R\$ 57,60 | | |
| Data inicio | Data final | Tempo finalização | | |
| 30/04/2024 | 02/05/2024 | 2 dia(s) | | |
| 1º contato | Data | 30/04/2024 | | |
| Obs.: Feito contato via WPP:15 99187-3535, para confirmar informações. | | | | |

| | | | | |
|---|------|------------|--|--|
| 2º contato | Data | 02/05/2024 | | |
| Obs.: Feito contato novamente via WPP:15 99187-3535 para confirmar se a clínica estará encerrando suas atividades. aguardando resposta. | | | | |

| | | | | |
|---|------|------------|--|--|
| 3º contato | Data | 02/05/2024 | | |
| Obs.: [16:14, 30/04/2024] Retenção Odontolife: Boa tarde, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.[16:14, 30/04/2024] +55 15 99187-3535: Consultório Odontológico Dra. Gabriela Albiro Pimenta Olá, tudo bem? Esperamos que sim... É com muito carinho que recebemos você(a). Seja muito bem vindo(a)! Para adiantar, como podemos te ajudar? Assim que estivermos disponível responderemos sua mensagem.Obrigada desde já![16:15, 30/04/2024] Retenção Odontolife: Drª GABRIELA ALBIERO PIMENTA CRO: SP - 133974, Meu contato é referente ao chamado em aberto de descredenciamento. Procede essa informação?[07:48, 02/05/2024] +55 15 99187-3535: Bom dia, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.[08:44, 02/05/2024] Retenção Odontolife: Entendi, notei que a clínica está encerrando suas atividades por motivos particulares correto?[08:46, 02/05/2024] +55 15 99187-3535: Bom dia[08:47, 02/05/2024] +55 15 99187-3535: Correto[08:48, 02/05/2024] +55 15 99187-3535: Eu não sou a responsável pela clínica[08:48, 02/05/2024] +55 15 99187-3535: Apenas prestava serviços para eles[08:48, 02/05/2024] +55 15 99187-3535: Mas sim, a clínica fechou por motivos pessoais de saúde. | | | | |

| | | | | |
|---|------|------------|--|--|
| 4º contato | Data | 02/05/2024 | | |
| Obs.: [08:43, 02/05/2024] Retenção Odontolife: Bom dia, tudo bem? Meu nome é Andrey, falo em nome da Odonto Life Odontologia parceira da Dental Uni.[08:44, 02/05/2024] Retenção Odontolife: Entendi, notei que a clínica está encerrando suas atividades por motivos particulares correto?[08:46, 02/05/2024] +55 15 99187-3535: Bom dia[08:47, 02/05/2024] +55 15 99187-3535: Correto[08:48, 02/05/2024] +55 15 99187-3535: Eu não sou a responsável pela clínica[08:48, 02/05/2024] +55 15 99187-3535: Apenas prestava serviços para eles[08:48, 02/05/2024] +55 15 99187-3535: Mas sim, a clínica fechou por motivos pessoais de saúde. | | | | |

| | | | | |
|------------|------|--|--|--|
| 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 SELECIONE "OUTROS". | | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| Motivo desligamento | | | | |
| <input type="checkbox"/> Perda de Contato | <input checked="" 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 type="checkbox"/> Carteira de Clientes Particular | <input type="checkbox"/> Estudos | <input type="checkbox"/> Mudou de Área | | |
| <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 | | | | |
| Em contato com antiga RT, a mesma confirmar que a clínica está encerrando suas atividades por motivos de saúde. | | | | |

| | | | | |
|------------------------------|---|--|------------------------------------|--|
| 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 | | | | |