

# Formulário - Processo de Retenção



Qtd CRO(s)

Colaborador  Data

Operadora  CRO  UF  Nome dentista

CNPJ  CPF

Data inclusão  Tipo  Demandado por?  Nº do protocolo  Dt. abertura protocolo

UF  Cidade  nº de vidas  nº CRO(S) únicos divulgados

Atende outros convênios  SIM  NÃO  NÃO

Moeda  Última produç.  Valor última prod.

Data início  Data final  Tempo finalização

1º contato Data

Obs.:

2º contato Data

Obs.:

3º contato Data

Obs.:

4º contato Data

Obs.:

5º contato Data

Obs.:

Ação Retenção  Ofertado Novos Valores  Ofertado Suporte  Ofertado Divulgação  Ofertado Treinamento  Ofertado Reciclagem  Outros

Obs.: **OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CASO SELECIONE "OUTROS".**

Motivo desligamento  Perda de Contato  Problemas de Saúde  Beneficiário Grossoeiro  Valores  Franquia  Alteração Responsável Técnico  Removido Prestador  Sem Local de Atendimento  Glosas  Dificuldades com o Sistema  Prazo Liberação de Guias  Encerramento de Atividades  Régras Técnicas  Apenas procedimentos Estéticos  Aposentou  Baixa Procura  Dificuldade de Contato com a Central  Falta de Suporte da Operadora  Cobrança indevida  Burocracia Operadora  Negativa de Atendimento  Ameaça Judicialização  Terceirização de Atendimento  Carteira de Clientes Particular  Estudos  Servidor Publico  Mudou de Área  Óbito

Necessário abertura de protocolo  SIM  NÃO

Obs. Geral

Setor responsável  T.I.  Central de atendimento  Análise Técnica  Comercial