



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 Quais?
☐ SIM ☐ NÃO

Moeda Última produç. Valor última prod.

Data início Data final Tempo finalização

Status retenção
☐ Retenção Efetiva
☒ Desligamento
☐ Não se trata de Retenção

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 ☐ Migração
☐ 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