



# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		Qtd CRO(s)		4	
MARIA LUIZA		Data		26/06/2023	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	6758	MS	JESSICA DUARTE RODOVALHO		
CNPJ		CPF			
34042456000136		03885754177			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
11/02/2020	PJ	Operadora	SAD168777687020	26/06/2023	
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
CAMPO GRANDE	MS	1.288	18		
Atende outros convênios		Quais?			
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,35	NÃO HÁ	NÃO HÁ			
Data início	Data final	Tempo finalização			
03/02/2023	26/06/2023	143 dia(s)			
1º contato	Data	03/02/2023			
Obs.: Foi informado que os prestadores não realizam mais atendimento na clínica. CAMILA DE OLIVEIRA MACEDO - CRO 6151 WESLLEY GUSTAVO CLEMENTE ZOCCAL - CRO 5930 Doutora pediu desligamento dos dois prestadores.					
2º contato	Data	22/06/2023			
Obs.: Em contato com Sara no telefone (67) 30237400 informa que deixaram de atender planos odontológicos. Questiono se há algo que possamos fazer e se o motivo seriam valores, porém a mesma informa que devido a agenda não atendem mais convênios e que não há nada para ser feito. Nesse caso seguirei com formulário de desligamento.					
3º contato	Data	26/06/2023			
Obs.: Em tratativa de saída de prestador, notificado em 02/2023, realizei contato com a clínica e conversei com Sara que informa que clínica não atende mais pelo convênio há vários meses. Informo a importância da parceria, questiono se há algo que possamos fazer, se o motivo é falta de suporte, pagamentos ou alguma outra insatisfação porém a mesma informa que não atendem mais convênios e que não há nada a se fazer. Por isso, realizei desligamento conforme solicitado.					
4º contato	Data				
Obs.: <div></div>					

5º contato	Data		
Obs.: <div></div>			
Motivo Retenção			
<input type="checkbox"/> Ofertado novos valores	<input type="checkbox"/> Ofertado suporte	<input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação	
<input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou reciclagem	<input type="checkbox"/> Outros		
Obs.: <div></div>			
Motivo desligamento			
<input type="checkbox"/> Perda de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoiro	
<input type="checkbox"/> Valores	<input type="checkbox"/> Franquia	<input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico	
<input type="checkbox"/> Removido prestador	<input type="checkbox"/> Burocracia	<input type="checkbox"/> Glosas	
<input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema	<input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento	<input type="checkbox"/> Encerramento de atividades	
<input type="checkbox"/> Regras Técnicas	<input type="checkbox"/> Prazo de Liberação de Guia	<input type="checkbox"/> Divulgação indevida	
<input type="checkbox"/> Baixa procura	<input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central	<input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta	
<input type="checkbox"/> Cobrança indevida	<input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético	<input type="checkbox"/> Aposentou	
<input type="checkbox"/> Ameaça judicialização	<input type="checkbox"/> Sem interesse em convênio	<input type="checkbox"/> Mudou de área	
<input checked="" type="checkbox"/> Carteira de clientes particular	<input type="checkbox"/> Terceirização de atendimento	<input type="checkbox"/> Período liberação de guias	
<input type="checkbox"/> Servidor Público	<input type="checkbox"/> Vendeu a Clínica	<input type="checkbox"/> Motivos particulares	
<input type="checkbox"/> Óbito			
Necessário abertura de protocolo			
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Obs. Geral <div></div>			
Setor responsável			
<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> Análise técnica	<input type="checkbox"/> Comercial	
<input type="checkbox"/> Central de atendimento			
<div></div> <div>Agata B. Gomes</div>			