



## 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

Cidade UF 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 trata-se de retenção

1º contato Data

Obs.:  
Visto que houve tentativas de contato sem sucesso, sem retorno desde 30/03.

2º contato Data

Obs.:  
Informamos que iniciaremos seu processo de desligamento, visto que não conseguimos contato com o(a) Sr.(a).  
Identificamos em nossos registros as seguintes tentativas de contato, realizadas através de ligações telefônicas (31) 982763677,  
whatsapp (31) 982763677 e email alefgimenes@gmail.com 30/03/2023-12/04/2023-13/04/2023- 26/04/2023- 04/05/2023\*  
05/05/2023- 25/05/2023- 01/06/2023-Entretanto, considerando que não tivemos retorno e que sua divulgação aos beneficiários está  
suspensa desde o dia 16/05/2023

3º contato Data

Obs.:

4º contato Data

Obs.:

5º contato Data

Obs.:

Motivo Retenção  
☐ Ofertado novos valores ☐ Ofertado suporte ☐ Ofertado Divulgação  
☐ Ofertado treinamento/ ou reciclagem ☐ Outros

Obs.:

Motivo desligamento  

<input checked="" 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 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

☐ Sim ☐ Não

Obs. Geral

Setor responsável  
☐ T.I ☐ Análise técnica ☐ Comercial  
☐ Central de atendimento