

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
Data				
Alexandro Souza Rego				28/08/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	22425	BA	LETICIA MIRANDA DOS SANTOS	
CNPJ	CPF			
-		04509476531		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
02/03/2023	F	Operadora	SAD16908156889	31/07/2023
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
BA	ITABUNA	381	9	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	15/05/2023	R\$ 18,30		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
31/07/2023	03/08/2023	3 dia(s)		

<input type="checkbox"/> Retenção Efetiva
<input checked="" type="checkbox"/> Desligamento
<input type="checkbox"/> Não se trata de Retenção

1º contato Data 31/07/2023

**Obs.:**

Olá Dr(a). LETICIA MIRANDA DOS SANTOS, tudo bem?  
Recebemos vossa demanda, podemos lhe ofertar uma ação de divulgação de vossa consultório para impulsionar à procura dos beneficiários por vossa atendimento ?Pois como ainda não completou 12 meses de contrato , não conseguimos ainda praticar o reajuste contratual , diante disso , caso aumente a demanda dos beneficiários , acabará compensando o repasse.Podemos realizar essa ação?

2º contato Data 01/08/2023

**Obs.:**

Dr.(a): Leticia Miranda dos Santos- Bom dia, não tenho interesse. Gostaria de prosseguir com o desligamento

3º contato Data 01/08/2023

**Obs.:**

Enviado whats( 73 8131-8730) , buscando saber se a Dr.(a) consegue falar algo que poderíamos fazer para manter nossa parceria

4º contato Data 03/08/2023

**Obs.:**

Dr.(a) Leticia deixou que não queria manter o credenciamento, pois utiliza outro convênio que com a opnião da mesma seria mais benéfico para ela.

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 SELEÇÃO "OUTROS".**

**Motivo desligamento**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perda de Contato                | <input 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 checked="" 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"/> Carteira de Clientes Particular | <input type="checkbox"/> Estudos                              |  |
| <input type="checkbox"/> Servidor Publico                | <input type="checkbox"/> Mudou de Área                        |  |
| <input type="checkbox"/> Óbito                           | <input type="checkbox"/> Motivos Particulares                 |  |

**Necessário abertura de protocolo**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
|------------------------------|------------------------------|

**Obs. Geral**

Quero efetuar o meu desligamento do convênio pois na minha região tem uma baixa demanda e os valores de repasse estão inviáveis.

**Setor responsável**

- |                              |   |  |                                    |
|------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> Central de atendimento | <input type="checkbox"/> Análise Técnica | <input type="checkbox"/> Comercial |
|------------------------------|---|--|------------------------------------|

Agata B. Gomes