



## 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.  
  R\$

Data início Data final Tempo finalização

Status retenção  
☐ Retenção efetiva  
☒ Desligamento  
☐ Não trata-se de retenção

1º contato Data

Obs.:  
Em tratativa ao protocolo 40641420230517000103 foi realizado contato com a Dra via whatsapp, a mesma encaminhou um áudio dizendo que "o plano é muito burocrático, perde tempo pra ficar olhando e pedindo autorização e hoje em dia esta querendo ficar livre de planos pois não da dinheiro pro consultório".

2º contato Data

Obs.:  
Realizado contato, falei com a dra. que informa que achou que situação do desligamento já estava resolvida faz tempo, diz que operadora é muito ruim e que ela é muito mais organizada que a operadora. Dra demonstra estar muito insatisfeita e é incisiva ao dizer que quer se descredenciar e que a unica coisa que posso fazer para ajudar é acabar logo com seu cadastro. Segue formulário de desligamento.

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 type="checkbox"/> Perda de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro
<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 checked="" 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