



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.:
Em contato para validar o atendimento da Dra. pelo plano, informou que nunca atendeu e quando ligou no plano foi dito que não era credenciada, questionei para qual central ligou disse que para Dental Uni, informei que está credenciada junto a Odonto Life para atendimento e se deseja seguir com a parceria
-Não, pode cancelar. Por favor! - Teria um motivo em específico para não continuar
Dra. não respondeu WhatsApp nem atendeu chamadas.

2º contato Data

Obs.:
Em tratativa do protocolo SAD167485078153, foram feitas tentativas de contato nos telefones (11) 25349779 e (11) 952722209, nos dias 06/02/2023 11:37, 09/02/2023 15:53 e 10/02/2023 09:03, por ☒ sem sucesso.
Divulga ☒ o j ☒ suspensão.

3º contato Data

Obs.:
Tentativa de contato por ligação nos números (11) 25349779 e (11) 952722209 ambos chamam até cair, como não obtive sucesso foi encaminhado mensagem através do whatsapp no numero (11) 952722209 e email através do BRITOODONTOLOGIA@HOTMAIL.COM para alinhar se a Dra está realizando atendimentos através do plano, aguardando retorno

4º contato Data

Obs.:
Em contato por whatsapp e ligação, falei com Nicole, que informa que valores de repasse são inviáveis. Informei que podemos realizar o reajuste a partir do proximo mês porém a mesma disse que não tem interesse e que é impraticavel para dra. continuar. Dessa forma sigo com formulario de desligamento.

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 Grossoiro
<input checked="" 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