

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		Kauane Nogueira		qtd CRO(s)	3	Data	08/05/2023
Operadora	CRO	13819	UF	BA	Nome dentista	AUREA CRISTINA RIBEIRO VILAS BOAS	
ODONTOLIFE					CPF	05069961586	
CNPJ	4827136000154						
Data Inclusão	09/11/2022	PJ	Demandado por?	Operadora	Nº do protocolo	SAD16772398859	Dr. abertura protocolo
Cidade	SALVADOR	UF	BA	nº de vidas	2.397	nº CRO(S) únicos divulgados	98
Atende outros convênios		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Quais?		não informado	
Moeda		0,35		última produç.		NÃO POSSUI	
Data início		24/02/2023		Data final		08/05/2023	
				Tempo finalização		73 dia(s)	
1º contato		Data		24/02/2023			
Obs.: Em contato com a clínica no dia 24/02/2023, sr. Isaac Libni dos Santos Rigaud de Carvalho informou que Dra. AUREA CRISTINA RIBEIRO VILAS BOAS, não faz mais parte da clínica e pediu o descredenciamento pois não sabia nem da existe de um contrato com a Odontolife ou Dentulini. Informado que quem deve realizar o pedido é a Dra. Aurea pode ser a RT do contrato, o mesmo informou que não tem mais contato com a Dra, e não tem acesso ao site para fazer o protocolo.							
2º contato		Data		10/04/2023			
Obs.: Não encontrado contato pelo google.							
Responsável sr. Isaac Libni dos Santos Rigaud de Carvalho informou que não tem interesse em se credenciar, pois ele só atende particular. Não possui o contato da Dra							
3º contato		Data					
Obs.:							
4º contato		Data					
Obs.:							

5º contato	Data																																		
Obs.:																																			
Motivo Retenção <input type="checkbox"/> Ofertado novos valores <input type="checkbox"/> Ofertado suporte <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação <input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou recldagem <input type="checkbox"/> Outros																																			
Obs.:																																			
Motivo desligamento <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perda de Contato</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas de Saúde</td> <td><input type="checkbox"/> Beneficiário Grosseiro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Valores</td> <td><input type="checkbox"/> Franquia</td> <td><input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Removido prestador</td> <td><input type="checkbox"/> Burcocracia</td> <td><input type="checkbox"/> Glosas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema</td> <td><input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Encerramento de atividades</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Regras Técnicas</td> <td><input type="checkbox"/> Prazo de Liberação de Guia</td> <td><input type="checkbox"/> Divulgação indevida</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Baixa procura</td> <td><input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central</td> <td><input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cobrança indevida</td> <td><input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético</td> <td><input type="checkbox"/> Aposentou</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ameaça judicialização</td> <td><input type="checkbox"/> Sem interesse em convênio</td> <td><input type="checkbox"/> Mudou de área</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular</td> <td><input type="checkbox"/> Terceirização de atendimento</td> <td><input type="checkbox"/> Período liberação de guias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Servidor Público</td> <td><input type="checkbox"/> Vendeu a Clínica</td> <td><input type="checkbox"/> Motivos particulares</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Óbito</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<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"/> Burcocracia	<input type="checkbox"/> Glosas	<input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema	<input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento	<input checked="" 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		
<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"/> Burcocracia	<input type="checkbox"/> Glosas																																	
<input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema	<input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não																																			
Obs. Geral																																			
Novo responsável pela clínica informa que não tem interesse em se credenciar e nem o contato da Dra. Possui mais profissionais que realiza as áreas e atuação																																			
Sector responsável <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Central de atendimento																																			
Assinatura: <u>Agata B. de Aguiar</u> Agata B. Gomes 09/05/2023																																			