

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
	Data			
DUANY VITÓRIA BALHUK				22/12/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	29493	PR	RONYLLSON LIMA RIBEIRO	
CNPJ	CPF			
-				03791010336
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
19/04/2023	F	Operadora	SAD16945516681	12/09/2023
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
PR	SARANDI	2.621	33	
Atende outros convênios				
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Quais?		
Moeda				
0,30	Última produç.	Valor última prod.		
	sem produção	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
12/09/2023	22/12/2023	101 dia(s)		

1º contato Data 24/10/2023

Obs.:

Enviado WhatsApp (44) 999666434 24/10 às 08h47, verificando qual a outra cidade que o mesmo atende.

2º contato Data 16/11/2023

Obs.:

Sem retorno, encontrado whatsapp no facebook e enviado mensagem (44) 9813-1989 16/11 às 16h42.

3º contato Data 28/11/2023

Obs.:

[12:24, 28/11/2023] +55 44 9813-1989: Oi boa tarde!! O dr pediu pra focar os atendimentos aqui no consultório , vai retomar o plano aqui!!
[12:25, 28/11/2023] +55 44 9813-1989: E começar os aluguelos

4º contato Data 04/12/2023

Obs.:

O mesmo confirmou telefone, endereço e áreas de atuação.

Endereço: RUA TIRADENTES nº 1899 CEP: 87114070 Bairro: JARDIM INDEPENDENCIA Cidade: SARANDI - PR

Telefones clínicas: (44) 999666434

Áreas de atuação: CLINICA GERAL, DENTÍSTICA, ENDODONTIA, PERIODONTIA, PRÓTESE DENTÁRIA

5º contato Data 20/12/2023

Obs.:

Solicitou treinamento e confirmou os procedimentos que realiza pelo plano ([15:51, 20/12/2023] +55 44 9966-6434: Olá Boa tarde [15:51, 20/12/2023] +55 44 9966-6434: Sim [15:51, 20/12/2023] +55 44 9966-6434: Gostaria e agendar um novo treinamento com vocês de emissão de guia tudo mais [15:51, 20/12/2023] +55 44 9966-6434: GTO --- Confirmei os demais procedimentos que realizam pelo plano: Clínica Geral: Consulta, Aplicação tópica de Flúor, Profilaxia; Dentística : Restaurações em resina; Endodontia: Tratamento endodôntico (em molares e pré-molares), retratamento endodôntico (em molares e pré-molares) E realiza atendimentos a partir de qua idade? A partir de 15 anos Periodontia: Raspação supra gengival, raspação subgengival, cirurgia periodontal, aumento de coroa clínica, gengivectomia Prótese Dentária: Núcleo - pino fibra de vidro - Coroa total metalo cerâmica - Coroa total sobre implante.) -- Dr realizou o treinamento ontem ás 16h30. 40641420231220000348 --- Aguardando beneficiário oculto. --- Bom dia, em contato com o Dr ele confirmou que atende pelo plano. --- Por gentileza INCLUIR as áreas: DENTÍSTICA, ENDODONTIA, PERIODONTIA, após devolver para RETENÇÃO para seguir com a tratativa. As áreas de atuação em DENTÍSTICA, ENDODONTIA e PERIODONTIA foram incluídas na divulgação conforme solicitação em seu protocolo para tratativa.

Ação Retenção

- | | | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ofertado Novos Valores | <input type="checkbox"/> Ofertado Suporte | <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ofertado Treinamento | <input type="checkbox"/> Ofertado Reciclagem | <input type="checkbox"/> Outros |

Obs.: OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CASO SELECIONE "OUTROS".

Dr havia informado que seguiria com os atendimento pelo plano, ofertei todo suporte e auxilio, e o mesmo solicitou treinamento. Questionei se realizava mais alguma área pelo plano e o mesmo confirmou que sim (DENTÍSTICA, ENDODONTIA, PERIODONTIA), já realizou o treinamento e realizado beneficiário oculto - "Bom dia, em contato com o Dr ele confirmou que atende pelo plano".

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"/> Regras Técnicas | <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos Estéticos | <input type="checkbox"/> Aposentou |
| <input 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 Público | <input type="checkbox"/> Mudou de Área | |
| <input type="checkbox"/> Óbito | | |

Necessário abertura de protocolo

SIM NÃO

Obs. Geral

--

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

Maykon Dal'Negro