



Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		Qtd CRO(s)		1	
DUANY VITÓRIA BALHUK		Data		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		Quais?			
<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		-			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,30	sem produção	R\$ -			
Data início	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 queo 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 atendimentos					
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 clínica: (44) 999666434 Áreas de atuação: CLINICA GERAL, DENTÍSTICA, ENDODONTIA, PERIODONTIA, PRÓTESE DENTÁRIA					

5º contato Data 20/12/2023

Obs.:

Solicitou treinamento e ocnfirmou os procedimentos que rrealiza pelo plano ([15:51, 20/12/2023] +55 44 9966-6434: Oi 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 --- Confirmou 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: Raspagem supra gengival, raspagem 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 às 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 enue 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 Grossoeiro
<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 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		

Necessário abertura de protocolo

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 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