

# Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
	Data			12/09/2023
Duany Vitória Balhuk				
<b>Operadora</b>	<b>CRO</b>	<b>UF</b>	<b>Nome dentista</b>	
ODONTOLIFE	2965	RN	MARCIO AUGUSTO ALVARES PEREIRA	
<b>CNPJ</b>	<b>CPF</b>			
-	00908760752			
<b>Data inclusão</b>	<b>Tipo</b>	<b>Demandado por?</b>	<b>Nº do protocolo</b>	<b>Dt. abertura protocolo</b>
04/05/2021	F	Operadora	SAD169117641975	04/08/2023
<b>UF</b>	<b>Cidade</b>	<b>nº de vidas</b>	<b>nº CRO(S) únicos divulgados</b>	
RN	NATAL	614	44	
<b>Atende outros convênios</b>				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
<b>Moeda</b>	<b>Última produç.</b>	<b>Valor última prod.</b>		
0,40	24/08/2023	R\$ 33,60		
<b>Data inicio</b>	<b>Data final</b>	<b>Tempo finalização</b>		
04/08/2023	12/09/2023	39 dia(s)		
<b>1º contato</b>	<b>Data</b>	08/08/2023		
<b>Obs.:</b>				
Enviado mensagem via whats (84 9177-4541) para o Dr. buscando saber motivo pela escolha do descredenciamento.				

<b>2º contato</b>	<b>Data</b>	08/08/2023		
<b>Obs.:</b>				
Dr. aceitou a ação de divulgação e aceitou tentar utilizar o suporte novamente e continuar atendendo				

<b>3º contato</b>	<b>Data</b>	08/08/2023		
<b>Obs.:</b>				
Dr. aceitou a divulgação então, segue protocolo SAE169150019746				

<b>4º contato</b>	<b>Data</b>	23/08/2023		
<b>Obs.:</b>				
Por gentileza realizar beneficiario oculto				

5º contato Data 12/09/2023

**Obs.:**

Entre em contato com o mesmo, pois não foi confirmado endereço, telefone e áreas de atuação. O mesmo está ciente que foi aberto protocolo pra melhorar sua divulgação e confirmou as informações abaixo: FONE: (84) 22266655 | (84) 991774541 ENDEREÇO: RUA ENGENHEIRO BERTOLDO GURGEL, 172 , LAGOA NOVA, NATAL, RN CEP: 59075080 ÁREAS DE ATUAÇÃO: CLINICA GERAL - DENTISTICA - IMPLANTODONTIA - ODONTOGERIATRIA - PERIODONTIA Realiza esses procedimentos: Clínica Geral: Consulta, Aplicação tópica de Flúor, Profilaxia; Periodontia: Raspagem supra gengival, raspagem subgengival, cirurgia periodontal, aumento de coroa clínica, gengivectomia e gengivoplastia; Dentística : Restaurações em resina , Faceta direta em Resina Fotopolimerizável; Implantodontia por ato complementar

**Ação Retenção**

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

**Obs.:** **OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CASO SELEÇÃO "OUTROS".**

**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"/> 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                           | <input type="checkbox"/> Motivos Particulares                 |  |

**Necessário abertura de protocolo**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
|------------------------------|------------------------------|

**Obs. Geral**

Dr aceitou oferta de divulgação e continuará com os atendimentos pelo plano, foi aberto protocolo para melhor divulgação do mesmo SAE169150019746 e confirmado telefone, endereço e áreas de atuação. REALIZADO BENEFICIÁRIO OCULTO via whatsapp- (84) 99177-4541, cujo qual confirma atendimento pelo plano Dental Uni.

**Setor responsável**

- |   |   |  |                                    |
|---|---|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> Central de atendimento | <input type="checkbox"/> Análise Técnica | <input type="checkbox"/> Comercial |
|---|---|--|------------------------------------|

Agata B. Gomes