

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			9	
DUANY VITÓRIA BALHUK				Data	18/01/2024
Operadora	CRO	UF	Nome dentista		
ODONTOLIFE	2802	PE	HELENA MARIA DE CARVALHO PEREIRA		
CNPJ	CPF				
07371161000130		16557999400			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
01/08/2017	J	Operadora	SAD16945259624	12/09/2023	
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
PE	PAULISTA	268	93		
Atende outros convênios		Quais?			
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	-			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.			
0,41	05/05/2022	R\$ 43,20			
Data inicio	Data final	Tempo finalização			
12/09/2023	18/01/2024	128 dia(s)			
1º contato	Data	31/10/2023			
<p>Obs.: Liguei no telefone (81) 34331627 31/10 ás 11h21, falei com o Silvio, atual responsável da clínica e informou que mais de 1 ano que não recebe do plano, informou sobre a burocracia do plano, liberação das guias, ofertei suporte, treinamento e reajuste de tabela. Irei verificar com o setor responsável sobre não terem recebido ano passado sendo que foi enviado as NOTAS FISCAIS. Passou o telefone da clínica (81) 971085278 para mandar tudo certinho para ele, informou que alterou o quadro de prestadores e a razão social da clínica, verificando se o CNPJ alterou também.</p>					

2º contato Data 31/10/2023

Obs.:
Segue protocolos informando sobre o aviso de crédito e as NFS enviada pelo responsável! Poderiam me enviar os comprovantes referente as Notas Fiscais enviadas da nota anterior, por gentileza, desde o credenciamento da clínica? Irei deixar em anexo as NF que foi enviada de todos os meses. -- Ultimo pagamento foi feito em 29/04/2022, os pagamentos são muito antigos e não está mais disponível os comprovantes.

3º contato Data 06/12/2023

Obs.:
Em conversa com o Dr Silvio no telefone (81) 34331627 06/12 ás 12h00, pedi ao mesmo que se pudesse verificar com o gerente do banco o comprovante desse último pagamento, pois até então foi informado que tinha sido pago. Informou que a Conta é 0523135 e a Agência é 160. Informei que podemos estar realizando o reajuste de tabela, conforme calcula IPCA, e concordou. Assim que tiver um retorno entrarei em contato. Pediu a alteração do E-mail para: CEMOLASAUDA@GMAIL.COM --- Drº tem direito ao reajuste conforme cálculo IPCA de Setembro de 2022 a Outubro de 2023, de 0,30 para 0,31 para a tabela base. O percentual total no intervalo é de 4,7357% sem reajuste desde 01/08/2017. -- 12/01

4º contato Data 12/01/2024

Obs.:
Enviado e-mail CEMOLASAUDA@GMAIL.COM e liguei no telefone (81) 34331627 12/01 ás 11h46, informei ao mesmo que conseguimos realizar o reajuste desde o credenciamento, pedi ao mesmo para analisar os valores e me informar se está de acordo ou não, o mesmo pediu para eu retornar ás 16h00.

5º contato Data 18/01/2024

Obs.:

Enviado e-mail CEMOLASAUDA@GMAIL.COM questionando se consegue me enviar as confirmações ainda hoje. 18/01. Dr enviou contrato social o CNPJ tudo, mas foi alterado o CNPJ e Razão social, corpo clínico. Marcos o consultor da cidade dará continuidade no credenciamento e irei realizar o desligamento da clínica.

Ação Retenção

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

Obs.: **OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA CASO SELECIONE "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 checked="" 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

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

Obs. Geral

Dr Silvio informou que houve mudanças na clínica e solicitou a retirada de alguns prestadores que não fazem mais parte do corpo clínico, houve alteração de CNPJ - RAZÃO SOCIAL e inclusão de outros prestadores!

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