

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Alexandro Souza Rego	Qtd CRO(s)	1	
		Data	27/07/2023	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	136492	SP	MARIA VITORIA BELLO AVOLIO	
CNPJ	-	CPF	44051802884	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
15/03/2023	F	Operadora	SAD168544620246	30/05/2023
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
SP	SAO PAULO	16.827	831	
Atende outros convênios		Quais?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,30	SEM GUIAS			
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
30/05/2023	27/07/2023	58 dia(s)		
1º contato	Data	10/07/2023		
Obs.: Olá Dr(a). MARIA VITORIA BELLO AVOLIO, tudo bem Localizei às guias geradas , cujas mesmas precisam apenas que a Dra insira o Token em cada uma delas (conforme orientado em vosso treinamento) , validá-las , pegar assinatura dos pacientes e concluí-las em aplicativo (exceto às duas primeiras) vide abaixo:				
2º contato	Data	10/07/2023		
Obs.: continuação--1469397-Para pacientes menores de 13 anos deverá ser solicitado o procedimento Aplicação Tópica de Flúor conforme regras técnicas. 1469395-Raspagem Supra gengival é autorizada para beneficiários maiores de 18 anos. Para pacientes maiores de 13 anos deverá ser solicitado o procedimento de Profilaxia (84000198). Favor solicitar novamente em outra guia.				
3º contato	Data	10/07/2023		
Obs.: 1449059-AGUARDANDO TOKEN DO BENEFICIÁRIO 1448677-AGUARDANDO TOKEN DO BENEFICIÁRIO 1440305-AGUARDANDO TOKEN DO BENEFICIÁRIO 1440211-AGUARDANDO TOKEN DO BENEFICIÁRIO 1433792-AGUARDANDO TOKEN DO BENEFICIÁRIO				
4º contato	Data	10/07/2023		
Obs.: 1433757-AGUARDANDO TOKEN DO BENEFICIÁRIO 1417062-AGUARDANDO TOKEN DO BENEFICIÁRIO 1415473- RASPAGENS JÁ AUTORIZADAS NA GUIA 1417062				

5º contato Data 10/07/2023

Obs.:

Enviado whats app (11 91749-1610 às 11:18) para reforçar informação dada via protocolo , relacionei todas às guias geradas , enviei print comprovando que a maioria delas necessitada de token, e que às outras citadas, era só relançar com codificação correta conforme devolutiva da auditoria. Encaminhei manual de passo a passo p/ validação de token.

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 type="checkbox"/> Removido Prestador | <input type="checkbox"/> Sem Local de Atendimento | <input type="checkbox"/> Glosas |
| <input checked="" 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 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

Qual o motivo da solicitação

R. Dentista solicita desligamento do plano pois procedimentos das guias foram canceladas e a dentista não consegue verificar os motivos

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