

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			1
Data				
Camila Guilherme				20/09/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE	40128	RJ	JULIANA MENEZES MEIRELES	
CNPJ	CPF			
-		10048102610		
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo
25/05/2022	F	Operadora	SAD168019993015	30/03/2023
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados	
RJ	ITABORAI	203	10	
Atende outros convênios				
Quais?				
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.		
0,35	07/11/2022	R\$ 258,44		
Data inicio	Data final	Tempo finalização		
30/03/2023	20/09/2023	174 dia(s)		

1º contato Data 30/03/2023

Obs.:

Protocolo registrado pela Dra: solicito o descredenciamento, por falta de pagamento nos tratamentos, por lei da ams não se pode exigir rx dos pacientes para comprovação de técnica e execução, não posso trabalhar de graça, disponibilizei meu tempo. meu material, para vcs não me pagarem e alegarem que já passou do tempo? não existe isso. vou correr atrás dos meus direitos

2º contato Data 14/04/2023

Obs.:

Bom dia,Em contato para validar o atendimento da doutora pelo plano seguinte retorno : Já realizei o descredenciamento. Podem verificar por gentileza

3º contato Data 26/05/2023

Obs.:

Retorno e-mail Dra informa que:Desejo o deslig.,pois não acho justo trabalhar s/o devido respeito de ao menos receber pelos meus serviços prest.Qdo solicitamos as restaur.o sist. não informa a necessidade de envio de rx.Até pq por lei é ordem da ANS vcs não podem exigir radiografias de pctes p/ comprovação de tto.Não posso submeter ao profis.e ao pcte exposição desnecessária a radiação,só p/comprovar algo p/vcs.Então mediante a essas exigências e falta de pgto,não posso mais continuar c/a parceria c/vcs.Que nor parte de vocês não foi cumprida.

4º contato Data 26/05/2023

Obs.:

Continuação da Nota acima :Informo a Dra que o envio das de radiografias para alguns procedimentos são normas da operadora para comprovação, na qual acredito que tenham sido passadas antes da assinatura do contrato, visto que consta em nosso manual do credenciado. E oferto suporte caso seja de interesse da Dra permanecer conosco. Aguardando retorno

5º contato Data 30/08/2023

Obs.:

Olá Dr(a). JULIANA MENEZES MEIRELES, tudo bem? Em 2019 o CFO divulgou a notícia afirmado a extinção de solicitação indescriminada de RX por parte das operadoras odontológicas, na notícia e documento divulgado pelo orgão é enfatizado que o uso indescriminado para finalizada de COMPROVAÇÃO. <https://website.cfo.org.br/a-pedido-do-cfo-ans-confirma-proibicao-de-exigencias-de-imagens-raios-x-para-comprovacao-de-procedimentos-odontologicos/> Neste contexto a OdontoLife atua e sempre atuou com solicitações de RX apenas para fins diagnósticos, ou seja, que complementam o diagnóstico de necessidade do beneficiário, cliente disso, estamos dentro dos parâmetros exigidos do CFO. Para dentística a OdontoLife faz a solicitação de imagem inicial - diagnóstica (radiografia ou foto) para dentes posteriores com envolvimento de face proximal. Não solicitamos imagem final para comprovação.

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 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 checked="" 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 Público | <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

Enviado devolutivo por parte da gestão em relação às normas técnicas da operadora (via prot.,whats e e-mail), Tentativa de contato telef.p/ informar tal devolutivo,porém sem sucesso. Reg. prot. solicitando cred. de mais profissionais da área de Dentística, pois à cidade possui 209 beneficiários e apenas 1 dentista credenciado da referida área..

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