



Formulário - Processo de Retenção



Qtd CRO(s)

Colaborador Data

| 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 ☐ SIM ☒ NÃO Quais?

Moeda Última produç. Valor última prod.

| Data início | Data final | Tempo finalização |
|-------------|------------|-------------------|
| 30/03/2023 | 20/09/2023 | 174 dia(s) |

Status retenção
☐ Retenção Efetiva
☒ Desligamento
☐ Não se trata de Retenção

1º contato Data

Obs.: Protocolo registrado pela Dra: solicitado o descredenciamento, por falta de pagamento nos tratamentos, por lei da ans 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

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

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 ptes p/ comprovação de tto. Não posso submeter ao profis. e ao pte 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 por parte de vocês não foi cumprida.

4º contato Data

Obs.: Continuação da Nota acima : Informo a Dra que o envio das 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

Obs.: Olá Dr(a). JULIANA MENEZES MEIRELES, tudo bem? Em 2019 o CFO divulgou a notícia afirmando a extinção de solicitação indiscriminada de RX por parte das operadoras odontológicas, na notícia e documento divulgado pelo órgão é enfatizado que o uso indiscriminado 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, ciente 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
☐ Ofertado Novos Valores ☐ Ofertado Suporte ☐ Ofertado Divulgação
☐ Ofertado Treinamento ☐ Ofertado Reciclagem ☐ 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 Grosso |
| <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
☐ SIM ☐ NÃO

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

Sector responsável
☐ T.I. ☐ Central de atendimento ☐ Análise Técnica ☐ Comercial

Agata B. Gomes