



Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		Qtd CRO(s)	4
JESSICA PACHECO		Data 10/12/2024	
Operadora	CRO	UF	Nome dentista
ODONTOLIFE	16655	BA	THIAGO AUGUSTO CAMPOS DE MIRANDA
CNPJ		CPF	
46175211000166		03217731522	
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo
12/09/2024	J	Operadora	SAD1732648347
Dt. abertura protocolo			
26/11/2024			
UF	Cidade	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
BA	SALVADOR	4.759	279
Atende outros convênios		Quais?	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Moeda	Última produç.	Valor última prod.	
0,30	-	R\$ -	
Data início	Data final	Tempo finalização	
02/12/2024	10/12/2024	8 dia(s)	
1º contato		Data	
		02/12/2024	
Obs.:			
[14:55, 02/12/2024] +55 71 8947-0333: Desculpa o áudio longo, mas precisei falar tudo [14:57, 02/12/2024] ♡: Imagina, sem problemas, irei ouvir e em breve retorno [14:58, 02/12/2024] +55 71 8947-0333: Ok [15:48, 02/12/2024] +55 71 8947-0333: Esse é o nosso informe de rendimentos [15:51, 02/12/2024] +55 71 8947-0333: Então todas foram pelo mesmo motivo [15:51, 02/12/2024] +55 71 8947-0333: E ainda pra precaução, nos assinamos duas vezes			
2º contato		Data	
		03/12/2024	
Obs.:			
em resumo, a insatisfação da clinica é acerca das glosas que ocorreram.Foram credenciados em SETEMBRO, e ainda não tinham total conhecimento de como funcionava as coisas. Informou ter tentado algumas vezes contato, que não obteve sucesso, e para surpresa da clinica, o aviso de crédito de novembro todo glosou por falta de assinatura nos procedimentos, dos beneficiários.Contudo , o mesmo não concorda em o beneficiário ter que assinar nos procedimentos, haja vista que ja assinou no final da guia o que comprova que foi atendido.			
3º contato		Data	
		03/12/2024	
Obs.:			
Informei a ele a importancia de assinar nos procedimentos para depois o beneficiário não poder dizer que tal tratamento não foi realizado, visto que pra nos é uma garantia, e para eles uma segurança do beneficiário não reclamar. Visto que guia sem assinatura não gera recurso, informei que uma opção seria lançar novamente, o que o deixou totalmente frustrado , visto que foram 18 guias glosadas, e os beneficiários todos assinaram as guias entao não querem retornar para assinar novamente .Dr informou que nunca ninguém informou a ele que em cima também precisava da assinatura, que desde o treinamento ele havia entendido e ensinado a todos da clinica sobre as assinaturas embaixo.			
4º contato		Data	
		03/12/2024	
Obs.:			
Pela falta de conhecimento, e falta de suporte prestado quando eles nos buscou, abri um protocolo para que a produção em caratêr de exceção faça o pagamento de novembro da clinica, visto que é o primeiro mes de produção deles, e eles não tinham a informação correta Dr informou que caso aceitem a exceção continuará, mas caso seja negado seguirá com o desligamento pois não ira ficar perdendo dinheiro.			

Áreas Divulgadas	
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia	<input checked="" type="checkbox"/> Periodontia
<input checked="" type="checkbox"/> Dentística	<input checked="" type="checkbox"/> Protese Dentalria
<input checked="" type="checkbox"/> Endodontia	<input checked="" type="checkbox"/> Clínico Geral
<input type="checkbox"/> Ortodontia	<input type="checkbox"/> Urgencia e Emergencia
<input type="checkbox"/> Radiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Odontopediatria

Quantidade de dentistas por área			
	Cirurgia		Periodontia
	Dentística		Protese Dentaria
	Endodontia		Clínico Geral
	Ortodontia		Urg e Emerg.
	Radiologia		Odontopediatria

Ação Retenção		
<input type="checkbox"/> Ofertado Novos Valores	<input checked="" 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".		
Conforme protocolo 40641420241203000250, produção cedeu a exceção para realizar os pagamentos do aviso de crédito de novembro visto que foi totalmente glosado Enviado a informação ao doutor, o mesmo confirma que continuará atendendo visto que irá receber pelos atendimentos :		
Motivo desligamento		
<input type="checkbox"/> Perda de Contato	<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	<input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoeiro
<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"/> Migração
<input type="checkbox"/> Carteira de Clientes Particular	<input type="checkbox"/> Estudos	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Servidor Publico	<input type="checkbox"/> Mudou de Área	
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Falta de Reajuste	

<input checked="" type="checkbox"/> Foi evidenciado com prints no protocolo	<input type="checkbox"/> Buscado contato nas REDES CONCORRENTES
---	---

Obs. Desligamento	

Kelly Oliveira	Maykon Dal'Negro
----------------	------------------