

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)			4
Nome dentista			Data	
JESSICA PACHECO			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	Dt. abertura protocolo
12/09/2024	J	Operadora	SAD1732648347	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 inicio	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 já 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 ninguem informou a ele que em cima tambem 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 buscaram, abri um protocolo para que a produção em caráter 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"/> Clinico 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 Dentalria	
Endodontia	Clinico Geral	
Ortodontia	Urgencia e Emerg.	
Radiologia	Odontopediatria	

<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 SELEÇÃO "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 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 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 Público	<input type="checkbox"/> Mudou de Área	
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Falta de Reajuste	

Foi evidenciado com prints no protocolo Buscado contato nas REDES CONCORRENTES

Obs. Desligamento _____

 Kelly Oliveira

 Maykon Dal'Negro