

Formulário - Processo de Retenção



| | | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------|-------------------------------|------------------------|
| Colaborador | Qtd CRO(s) | | 1 | |
| JESSICA PACHECO | | | Data | 06/05/2025 |
| Operadora | CRO | UF | Nome dentista | |
| ODONTOLIFE | 112934 | SP | ADRIELL RODRIGUES ALVES COSTA | |
| CNPJ | CPF | | | |
| - | 30139886818 | | | |
| Data inclusão | Tipo | Demandado por? | Nº do protocolo | Dt. abertura protocolo |
| 20/09/2024 | F | Operadora | SAD17440458421 | 11/04/2025 |
| UF | Cidade | nº de vidas | nº CRO(S) únicos divulgados | |
| SP | PRAIA GRANDE | 1.020 | 37 | |
| 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 | | |
| 15/04/2025 | 06/05/2025 | 21 dia(s) | | |

1º contato Data 15/04/2025



+55 13 99803-0482

À OdontoLife – Operadora de Planos Odontológicos

Assunto: Pedido de Descredenciamento

Prezados,

Venho, por meio desta, formalizar mais uma vez meu pedido de descredenciamento da rede de prestadores da OdontoLife e parceiros.

A decisão se dá após cuidadosa análise dos seguintes fatores: baixo fluxo de pacientes encaminhados pela operadora, excesso de burocracia para liberação de guias, prazos extensos para o recebimento dos honorários e, principalmente, os valores pagos pelos procedimentos, que estão muito abaixo da média praticada no mercado.

Considerando esses pontos, entendo que minha permanência como prestador credenciado não se faz viável tanto do ponto de vista profissional quanto financeiro. Sendo assim, solicito que sejam adotadas as providências necessárias para o encerramento do vínculo de credenciado.

Agradeço pela parceria até o presente momento e coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos caso sejam necessários.

Atenciosamente,
ADRIELL RODRIGUES ALVES COSTA
CROSP112934
15 DE ABRIL DE 2025

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

| Quantidade de dentistas por área | | |
|----------------------------------|-------------------|-----------------|
| Cirurgia | Periodontia | |
| Dentística | Protese Dentalria | |
| Endodontia | Clinico Geral | |
| Ortodontia | Urgencia e Emerg. | |
| Radiologia | Periodontia | Odontopediatria |

| | | |
|---|--|--|
| <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 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 checked="" 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 | |

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

Obs. Desligamento

Mensagem:

Segue carta do desligamento:
Motivo valores, baixa procura, burocracia, prazo de liberação e burocracia operadora.
Visto que o Dr atende apenas CLINICO GERAL e reclamou de todo processo do plano, seguirei com a desativação.

Kelly Oliveira

Maykon Dal'Negro