



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	SAD174440458421	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 início	Data final	Tempo finalização			
15/04/2025	06/05/2025	21 dia(s)			
1º contato		Data	15/04/2025		
+ 55 13 99803-0482					
		Status retenção			
		<input type="checkbox"/> Retenção Efetiva			
		<input checked="" type="checkbox"/> Desligamento			
		<input type="checkbox"/> Não se trata de Retenção			

Áreas Divulgadas	
<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Periodontia
<input type="checkbox"/> Dentística	<input type="checkbox"/> Prótese Dentária
<input type="checkbox"/> Endodontia	<input checked="" type="checkbox"/> Clínico Geral
<input type="checkbox"/> Ortodontia	<input type="checkbox"/> Urgência e Emergência
<input type="checkbox"/> Radiologia	<input type="checkbox"/> Periodontia

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

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 SELECIONE "OUTROS".**

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 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.	

<hr/>	<hr/>
Kelly Oliveira	Maykon Dal'Negro

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