

Formulário - Processo de Retenção



Parceiros Odontológicos

Qtd CRO(s)

Data

Colaborador

KAMILA DE CARVALHO

Data

5º contato

Data

Obs.:

Em retorno informa que realmente quer cancelar o cadastro sua agenda está apertada e não tem horario, informo que pode atender conforme sua disponibilidade e peço se tem algo que possamos fazer para que reconsidere sua decisão informa que não tem interesse em prosseguir com a parceria

Operadora	CRO	UF	Nome dentista
Odontolife	181.53	RJ	MARIA DEL ROSARIO TORRICO MENDES
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo
07/07/2022	PF	Operadora	SAD166455607377
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados
VOLTA REDONDA	RJ	498	71

Atende outros convênios

Sim

Não

Quais?

Moeda

Última produç.

R\$

-

Data final

Tempo finalização

30/09/2022

61 dia(s)

Moeda

Última produç.

R\$

-

Data

21/10/2022

Moeda

Última produç.

R\$