

|                                      |                 |                          |        |                                    |  |
|--------------------------------------|-----------------|--------------------------|--------|------------------------------------|--|
|                                      |                 |                          |        | Multiplicador                      |  |
| Razão Social                         |                 | CRO Clínica              |        | UF CRO                             |  |
| Nome Fantasia                        |                 | CNPJ                     |        | Optante pelo Simples Nacional CNES |  |
| Nome completo do Representante Legal |                 | CPF                      |        | RG                                 |  |
| Endereço de Atendimento              |                 | Complemento              |        | Bairro                             |  |
| Cidade                               |                 | UF                       | CEP    | Recursos de acessibilidade         |  |
| Telefone Comercial com DDD           | Celular com DDD | Telefone Plantão com DDD | E-mail |                                    |  |

### Horários de Atendimento

|           |                             |                               |                         |         |          |          |             |
|-----------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------|----------|----------|-------------|
| Comercial | Estendido, após as 18 horas | 24 horas por ordem de chegada | 24 horas por sobreaviso | Sábados | Domingos | Feriados | Especificar |
|-----------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------|----------|----------|-------------|

### Dados Financeiros

|               |         |                |
|---------------|---------|----------------|
| Nome do Banco | Agência | Conta Corrente |
|---------------|---------|----------------|

Pelo presente TERMO DE ADESÃO, o CREDENCIADO, nele identificado, declara ter tido ciência prévia das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO ODONTOLIFE ou, simplesmente, CONTRATO, bem como do Manual do Credenciado Odontolife e da Tabela de Procedimentos Odontolife, que são partes integrantes do CONTRATO. O CREDENCIADO declara, expressamente, que está de acordo com a natureza e o objeto do CONTRATO, com a definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados, com a rotina para auditoria administrativa e técnica, com os atos ou eventos odontológicos, clínicos ou cirúrgico que necessitam de aprovação prévia da Odontolife, com o prazo de vigência e as condições de rescisão, com a forma e periodicidade dos reajustes dos valores devidos em razão dos atendimentos realizados, bem como com as obrigações assumidas por cada uma das partes do CONTRATO.

O CREDENCIADO concorda, ainda, em: a) estar devidamente registrado nos órgãos federais, estaduais e municipais reguladores da profissão, possuir todos os certificados e alvarás exigidos e mantê-los perfeitamente válidos durante toda a vigência do CONTRATO; b) cumprir a legislação vigente, em especial a trabalhista, tributária, sanitária, ambiental e o Código de Ética da profissão; d) possuir formação acadêmica e profissional para atuar nas especialidades odontológicas identificadas neste TERMO DE ADESÃO; e) solicitar autorização para todo início de tratamento em beneficiário da Odontolife e verificar a elegibilidade do mesmo a cada novo atendimento f) encaminhar as Guias de Tratamento Odontológico realizadas, bem como os demais documentos enumerados no Manual do Credenciado Odontolife, totalmente preenchidos, sem rasuras e na via original para que o repasse de valor possa ser realizado; g) oferecer aos beneficiários Odontolife o mesmo tratamento oferecidos aos seus pacientes particulares ou de outros convênios, sem qualquer tipo de discriminação, sob pena de descredenciamento sumário; h) abster-se de cobrar do beneficiário Odontolife qualquer valor relativo a procedimentos cobertos. A cobrança direta dos beneficiários Odontolife está prevista apenas nos casos de procedimentos não cobertos pelo plano contratado pelo beneficiário, conforme valores da Tabela de Procedimentos Odontolife.

A aceitação deste TERMO DE ADESÃO implica ainda na aceitação pelo CREDENCIADO da divulgação dos seus atributos de qualificação conforme RN 267/2011 e IN 52/2013 da ANS - Agência Nacional de Saúde.

O CONTRATO está registrado no 4º Ofício de Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoas Jurídicas de Curitiba - PR, no microfilme 585503. Por estarem justas e contratadas, as partes firmam o presente termo de adesão em duas vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

\_\_\_\_\_  
Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

\_\_\_\_\_  
Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo do Credenciado

\_\_\_\_\_  
Nome:

\_\_\_\_\_  
CPF: