

Nome Completo do Credenciado: **Jéssica Barbosa Nascimento**

CPF: **110.606.486-01** RG: **MG-17.319.599** PIS/NIT: **210.44036.20.8**

Endereço de Atendimento: **Rua Floriano Peixoto, 129**

Cidade: **Sete Lagoas** UF: **MG** CEP: **35700048**

Telefone Comercial com DDD: **(31) 988558-4726** Telefone Plantão com DDD: **(31) 988558-4726**

E-mail: **odontomasters@gmail.com**

Naturalidade: **Sete Lagoas** UF: **MG** Data de Nascimento: **11/08/1992** CRO: **CD-44158** UF CRO: **MG**

Estado Civil: **Solteira** UF: **MG**

Multiplicador: **0,60**

Recursos de: ☐ Emergência ☐ Horário Comercial ☐ Plantão

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

|                              | Sim                                 | Especialista |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Divulgar como clínico geral  | <input checked="" type="checkbox"/> |              |
| Dentística Restauradora      | <input checked="" type="checkbox"/> |              |
| Endodontia                   | <input checked="" type="checkbox"/> |              |
| Periodontia                  | <input checked="" type="checkbox"/> |              |
| Cirurgia e Traumatologia BMF | <input checked="" type="checkbox"/> |              |
| Prótese Dentária             | <input checked="" type="checkbox"/> |              |
| Implantodontia               | <input type="checkbox"/>            |              |
| Ortodontia                   | <input type="checkbox"/>            |              |
| Radiologia Odontológica      | <input type="checkbox"/>            |              |

  

|                                                       | Sim                                 | Especialista |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Odontopediatria                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |              |
| Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais | <input type="checkbox"/>            |              |
| Odontogeriatria                                       | <input type="checkbox"/>            |              |
| Ortopedia Funcional dos Maxilares                     | <input type="checkbox"/>            |              |
| Patologia Bucal                                       | <input type="checkbox"/>            |              |
| Prótese Buco-Maxilo-Facial                            | <input type="checkbox"/>            |              |
| Estomatologia                                         | <input type="checkbox"/>            |              |
| DTM e Dor-Orofacial                                   | <input type="checkbox"/>            |              |

Horários de Atendimento

☒ Comercial ☐ Estendido, após as ☐ 18 horas ☐ 24 horas ☐ Sábados ☐ Domingos ☐ Feriados

Especificar:

Dados Financeiros

Nome do Banco:

Banco do Brasil

Agência: **395-6**

Conta Corrente: **92913-1**

Pelo presente TERMO DE ADESAO, o CREDENCIADO, neste 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 cirúrgicos 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 devidamente 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; c) possuir formação acadêmica e profissional para atuar nas especialidades odontológicas identificadas neste TERMO DE ADESAO; e) solicitar autorização para todo início de tratamento em benefício do CREDENCIADO Odontolife e verificar a elegibilidade do mesmo a cada novo atendimento, sem rasuras e na via Tratamento Odontológico realizadas, bem como os demais documentos enunierados 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 oferecido aos seus pacientes particulares ou de outros convênios.

sem qualquer tipo de discriminação, sob pena de descrédito e suspensão sumária; 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 ADESAO implica ainda na aceitação 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.

Sete Lagoas

17 de junho de 2019

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Nome: **Sérgio de Souza**

CPF: 080.475.206-01