

Razão Social **VIX 7 ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA.** CRO Clínica UF CRO **18800-BA** Multiplicador
Nome Fantasia **CLÍNICA ODONTOVIX.** CNPJ **62.015.236/0001-59** Optante pelo Simples Nacional **SIM**
Nome completo do Representante Legal **CASSIO FIGUEREDO DE JESUS** CPF **78409985500** RG **691624925**
Endereço de Atendimento **AV. ACM, EMP. TORRE DO PARQUE.** Complemento **Nº771, SALA 110** Bairro **ITAIGARA**
Cidade **SALVADOR** UF **BA** CEP **41010-000** Recursos de Acessibilidade **X** Emergência Horário Comercial **Emergência Plantão**
DDD + Fixo Comercial **71 99379-5002** DDD + Celular Comercial **71 99379-5002** DDD + Plantão Comercial **71 99379-5002** E-mail **ODONTOVIX.BA@GMAIL.COM**

Horários de Atendimento

Comercial **DAS 09:00 AS 17:00** Estendido, após as 18 horas **24 horas** Sábados **Domingos** Feriados **Especificar**

Dados Financeiros

Nome do Banco **CORA SCFI - 403** Agência **0001** Conta Corrente **61554429-6**

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.

SALVADOR, **25** de **AGOSTO** de **2025**

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Assinatura/Carimbo do Credenciado

CASSIO FIGUEREDO DE JESUS

Nome:

CPF: **784.099.855-00**