

Multiplicador  
0,30

Nome Completo do Credenciado: Suellen Mendonça Persegutti

CPF: 221.406.168-12 RG: 43532806 RNS/NIT:

Endereço de Atendimento: Logradouro Antônio Mascarenhas 99

Cidade: Ribeirão Preto UF: SP CEP: 14024-180

Telefone Comercial com DDD: (16) 30436909 Celular com DDD: (16) 981490703 Telefone Plantão com DDD: (16) 99445503 E-mail: Suellen.MP7@gmail.com

Naturalidade: Brançalva UF: SP Estado Civil: Solteira

Data de Nascimento: 07/12/83 CRO: 92321 UF CRO: SP CNES: 6918526

Complemento:  Bairro: Ed. Canadá

☒ Recursos de Acessibilidade ☒ Emergência Horário Comercial ☐ Emergência Plantão

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

	Sim	Especialista		Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odontopediatria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentística Restauradora	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endodontia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odontogeriatría	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periodontia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ortopedia Funcional dos Maxilares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cirurgia e Traumatologia BMF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Patologia Bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótese Dentária	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prótese Buco-Maxilo-Facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantodontia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortodontia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DIM e Dor-Orofacial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologia Odontológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Horários de Atendimento

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

Especificar: 8:30 às 17:30

Dados Financeiros

Nome do Banco: Itaú Agência: 3915 Conta Corrente: 01729-2

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 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 regulamentadores 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; c) possuir formação acadêmica e profissional para atuar nas especialidades odontológicas identificadas neste TERMO DE ADESÃO; d) solicitar autorização para todo início de tratamento em beneficiário da Odontolife e verificar a elegibilidade do mesmo a cada novo atendimento; e) 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.

Ribeirão Preto 23 de Julho de 2016

*Suellen M. Persegutti*  
Cirurgiã Dentista  
CROSP 92321

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrre Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Nome:

CPF:

221.406.168-12