

Dados Cadastrais**Razão Social**

SOARES RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA

Nome Fantasia

PRO-X

Nome completo do Representante Legal

DANIEL ROBERTO MENDOZA SOARES

Endereço de Atendimento

R MARECHAL FLORIANO PEIXOTO 2078

Complemento

EDIF REBOUCAS

CRO Clínica

PR

Multiplicador

0,30

Optante pelo
Simples Nacional

CNPJ

00.243.632/0001-86

CNES

7986793

CPF

010.349.179-19

RG

7.232.361-0

Nome completo do Representante Legal

DANIEL ROBERTO MENDOZA SOARES

Endereço de Atendimento

R MARECHAL FLORIANO PEIXOTO 2078

Complemento

EDIF REBOUCAS

Bairro

CENTRO

Cidade

FOZ DO IGUAÇU

UF

PR

CEP

85.851-020

Recursos de Acessibilidade**Telefone Comercial com DDD**

(45) 3025-7755

Celular com DDD

(45) 99827-2252

Telefone Plantão com DDD**E-mail****E-mail**

proxradiologia.adm@gmail.com

Horários de Atendimento Comercial Estendido, após as 18 horas 24 horas Sábados Domingos Feriados**Especificar**

SEGUNDA A SEXTA 08:00 ÀS 18:00H

SÁBADO 08H - 12:00H

Dados Financeiros**Nome do Banco**

SISPRIME DO BRASIL - 084

Agência

0038

Conta Corrente

306070-5

Cirurgião dentista especialista em Radiologia Odontológica e Imaginologia**Nome Completo**

DANIEL ROBERTO MENDOZA SOARES

Naturalidade

FOZ DO IGUAÇU

UF

PR

CPF

010.349.179-19

RG

7.232.361-0

Data de Nascimento

05/01/1987

CRO

20452

UF CRO

PR

Estado Civil

Celular com DDD

45 9827-2252

E-mail

proxradiologia.adm@gmail.com

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 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.

FOZ DO IGUAÇU PR, 01 de SETEMBRO de 2025

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Documento assinado digitalmente



DANIEL ROBERTO MENDOZA SOARES

Data: 02/09/2025 15:57:32-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Nome: DANIEL ROBERTO MENDOZA SOARES

CPF: 010.349.179-19