

Razão Social		CRO Clínica		UF CRO	Multiplicador
SOARES RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA		***		PR	0,30
Nome Fantasia		CNPJ		<input checked="" type="checkbox"/> Optante pelo Simples Nacional CNES	
PRO-X		00.243.632/0001-86		7986793	
Nome completo do Representante Legal		CPF		RG	
DANIEL ROBERTO MENDOZA SOARES		010.349.179-19		7.232.361-0	
Endereço de Atendimento		Complemento		Bairro	
R MARECHAL FLORIANO PEIXOTO 2078		EDIF REBOUCAS		CENTRO	
Cidade	UF	CEP	<input type="checkbox"/> Recursos de Acessibilidade		
FOZ DO IGUAÇU	PR	85.851-020			
Telefone Comercial com DDD	Celular com DDD	Telefone Plantão com DDD	E-mail		
(45) 3025-7755	(45) 99827-2252		proxradiologia.adm@gmail.com		

**Horários de Atendimento**

<input checked="" type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Estendido, após as 18 horas	<input type="checkbox"/> 24 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Sábados	<input type="checkbox"/> Domingos	<input type="checkbox"/> Feriados	Especificar
						SEGUNDA A SEXTA 08:00 ÀS 18:00H
						SÁBADO 08H - 12:00H

**Dados Financeiros**

Nome do Banco	Agência	Conta Corrente
SISPRIME DO BRASIL - 084	0038	306070-5

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

Nome Completo		Naturalidade		UF	
DANIEL ROBERTO MENDOZA SOARES		FOZ DO IGUAÇU		PR	
CPF	RG	Data de Nascimento	CRO	UF CRO	Estado Civil
010.349.179-19	7.232.361-0	05/01/1987	20452	PR	***
Celular com DDD	E-Mail				
45 9827-2252	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 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.

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