

Multiplicador: 0,45

Razão Social: Clínica Odontológica Santon Orefice

Nome Fantasia: Clínica Odontológica Santon Orefice

Nome completo do Representante Legal: Liliane Santon Orefice

Endereço de Atendimento: Rua XV de Novembro, 22

Cidade: Itararé UF: SP CEP: 13460-007

Telefone Comercial com DDD: 15-3532-4271 Celular com DDD: 15-988027615 Telefone Plantão com DDD:

CRO Clínica:  UF CRO:  Optante pelo Simples Nacional:

CNPJ: 37129702/0001-47 CNES:

CPF: 105545708-64 RG: 15805061

Complemento: Sala 04 Bairro: Centro

Recursos de Acessibilidade:  Emergência Horário Comercial:  Emergência Plantão:

E-mail: OTODENTDENTISTAS@HOTMAIL.COM

Horários de Atendimento

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

Especificar: 09:00 às 11:00 e 13:30 às 17:00

Dados Financeiros

Nome do Banco: 448 - Banco Cooperativo Sicredi Agência: 0453 Conta Corrente: 52568-5

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 credenciamento 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.

Itararé

11 de novembro de 2020

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Liliane Santon Orefice  
Cirurgiã Dentista  
CRO 8368-PR  
Assinatura do Credenciado

Nome:

CPF:

Liliane Santon Orefice  
105545708-64



|                               |                               |                    |              |        |                                                                    |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|--------------|--------|--------------------------------------------------------------------|
| Nome Completo do Profissional |                               |                    | Naturalidade |        | UF                                                                 |
| Deliame Anton Oufice          |                               |                    | Bauri        |        | SP                                                                 |
| CPF                           | RG                            | Data de Nascimento | CRO          | UF CRO | Estado Civil                                                       |
| 104.545.408-64                | 15805061                      | 21/11/1963         | 36008        | SP     | Divorciada                                                         |
| Celular com DDD               | E-mail                        |                    |              |        | <input checked="" type="checkbox"/> Responsável Técnico da Clínica |
| 15-988027615                  | etodentolentistas@hotmail.com |                    |              |        |                                                                    |

**Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife**

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

|                               |                                   |                    |              |        |                                                         |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------|--------------|--------|---------------------------------------------------------|
| Nome Completo do Profissional |                                   |                    | Naturalidade |        | UF                                                      |
| Denise Anton Oufice           |                                   |                    | Bauri        |        | SP                                                      |
| CPF                           | RG                                | Data de Nascimento | CRO          | UF CRO | Estado Civil                                            |
| 141.841.488-28                | 15.805.062                        | 20/05/1968         | 46356        | SP     | Divorciada                                              |
| Celular com DDD               | E-mail                            |                    |              |        | <input type="checkbox"/> Responsável Técnico da Clínica |
| 15-988027615                  | etodentolentistas@goa@hotmail.com |                    |              |        |                                                         |

**Áreas da Odontologia que atenderá para a Odontolife**

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



Nome Completo do Profissional: Letícia Greice Farah Naturalidade: Itararé UF: SP

CPF: 403.044.718-64 RG: 380884784 Data de Nascimento: 23/12/1992 CRO: 113181 UF CRO: SP Estado Civil: Casada

Celular com DDD: 15-98802765 E-mail: lodedentistas@hotmail.com ☐ Responsável Técnico da Clínica

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

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

Nome Completo do Profissional: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ CRO: \_\_\_\_\_ UF CRO: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Celular com DDD: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ ☐ Responsável Técnico da Clínica

Áreas da Odontologia que atenderá para a Odontolife

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