

Nome Completo do Credenciado			Naturalidade	UF	Estado Civil		
CAMILA DE OLIVEIRA SILVA			LARANJAL DO JARI	AP			
CPF	RG	PIS/NIT	Data de Nascimento	CRO	UF CRO	CNES	
006.269.112-06	361516	204.49919.72-7	05/07/1990	22724	SC		
Endereço de Atendimento			Complemento	Bairro			
AVENIDA MAURO RAMOS, N° 1861			SALA 1002	CENTRO			
Cidade	UF	CEP	Recursos de Acessibilidade			Emergência Horário Comercial	Emergência Plantão
FLORIANOPOLIS	SC						
Telefone Comercial com DDD	Celular com DDD	Telefone Plantão com DDD	E-mail				
	48988207462	96991730029	dr.camilasilva@gmail.com				

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

	Sim	Especialista		Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	☒		Odontopediatria	☒	
Dentística Restauradora	☒		Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais		
Endodontia			Odontogeriatría		
Periodontia			Ortopedia Funcional dos Maxilares		
Cirurgia e Traumatologia BMF			Patologia Bucal		
Prótese Dentária			Prótese Buco-Maxilo-Facial		
Implantodontia			Estomatologia		
Ortodontia	☒		DTM e Dor-Orofacial		
Radiologia Odontológica					

Horários de Atendimento

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

Dados Financeiros

Nome do Banco	Agência	Conta Corrente
PICPAY	0001	45255970

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.

FLORIANOPOLIS

05 de MAIO de 2025

Documento assinado digitalmente



CAMILA DE OLIVEIRA SILVA
Data: 05/05/2025 23:41:53-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

Nome:

CPF: 069.334.289-74

CPF: