

Assinatura do  
Beneficiário

Nome Fantasia: Odonto Sorriso LTDA CNPJ: 3013 UF: ES ☒ Operadora de  
Saúde Simples Nacional

Nome completo do beneficiário: Julia Inês Montanari Mattedi CPF: 59.073.561/0001-63

Endereço de Atendimento: Av. Rui Braga Ribello Complemento: Vila Velha Bairro: Santa Inês

Cidade: Vila Velha UF: ES CEP: 29.108-041 ☐ Recursos de  
Acessibilidade ☐ Emergência  
Horário Comercial ☐ Emergência  
Plantão

Telefone Comercial com DDD: 27 90003-8399 Celular com DDD: 27 3391-1515 Telefone Plantão com DDD:  E-mail: montanarijuliao@gmail.com

**Horários de Atendimento**

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

Especificar: Seg a Sáb 09:00 as 18:00

**Dados Financeiros**

Nome do Banco: 033 - Banco Unibanco Agência: 0001 Conta Corrente: 443370737

Pelo presente TERMO DE ADESÃO, o CREDENCIADO, nela 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, e nã: 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; c) 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) oferece 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.

**Dr. Julio Mattedi**  
CIRURDIA DENTISTA  
CROFES 9919

Vila Velha

26 de Junho de 2025

OdontoLife Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.239-74

39.073.561/0001-63

Assinatura do CREDENCIADO  
**ODONTOLIFE**  
LTDA

Av. Rui Braga Ribello, nº 93

Nome: Santa Inês Vila Velha - ES

CPF: CEP: 29.108-041