

Nome Completo do Credenciado			Naturalidade	UF	Estado Civil
VITOR ROSA DE OLIVEIRA			SERRA	ES	SOLT
CPF	RG	PIS/NIT	Data de Nascimento	CRO	UF CRO
124.123.027-74	2200516	130.71826.58-2	16/071990	09966	ES
Endereço de Atendimento			Complemento	Bairro	CNES
AVENIDA RIBEIRÃO PRETO				BARCELONA	3770265
Cidade	UF	CEP	Recursos de		
SERRA	ES	29166225	Acessibilidade		
DDD + Fixo Comercial		DDD + Celular Comercial	Emergência		
	27995032785		Horário Comercial		
		DDD + Plantão Comercial	Emergência		
			Plantão		
E-mail					
VITORROSAOLIVEIRA@GMAIL.COM					

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

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

Horários de Atendimento

<input checked="" type="checkbox"/> Comercial	<input checked="" type="checkbox"/> Estendido, após as 18 horas	<input type="checkbox"/> 24 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Sábados	<input checked="" type="checkbox"/> Domingos	<input checked="" type="checkbox"/> Feriados	Especificar
						08:00 ÀS 21:00

Dados Financeiros

Nome do Banco	Agência	Conta Corrente
BANCO DO BRASIL	4210-2	571-1

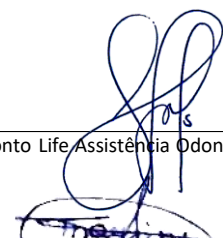
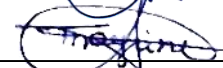
Pelo presente TERMO DE ADESÃO, o CREDENCIADO, nele identificado, declara ter tido ciência prévia das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO ODONTOLIFE ou, simplesmente, CONTRATO, bem como do Manual do Credenciado Odontolife e da Tabela de Procedimentos Odontolife, que são partes integrantes do 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.

SERRA, 13 de Outubro de 2022


Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade
CPF: 069.334.289-74


Vitor Rosa de Oliveira
Cirurgião Dentista
CRO 09966-ES
Assinatura/Carimbo do Credenciado
Nome: VITOR ROSA DE OLIVEIRA
CPF: 124.123.027-74