

Razão Social		Nome Fantasia		Nome completo do Representante Legal		Endereço de Atendimento		Cidade		UF		CEP		Telefone Plântão com DDD		E-mail		Complemento		Bairro		RG		CPF		CNPJ		UF CRO		CRO Clínica		Multiplicador	
OdontoLife Centro de Odontologia Especializada		OdontoLife		Rui Faria		R. Amador de Almeida		R. Amador de Almeida, nº 41		SP		01234-567		01234-567		ruifaria@odonto.com.br		R. Amador de Almeida, nº 41		Centro		14034755		38.505.40200010		02.3383		SP		60,00/atend			
☒ Optante pelo Simples Nacional		☒ CNES		☒ Recursos de acessibilidade		☒ 24 horas por ordem de chegada		☐ 24 horas por sobreaviso		☐ 24 horas por sábados		☐ 24 horas por domingos		☐ 24 horas por feriados		☐ Especificar																	

Horários de Atendimento

☐ Comercial	☐ Estendido, após as 18 horas	☒ 24 horas por ordem de chegada	☐ 24 horas por sobreaviso	☐ 24 horas por sábados	☐ 24 horas por domingos	☐ 24 horas por feriados	☐ Especificar
------------------------------------	--	---	--	---	--	--	--------------------------------------

Dados Financeiros

Nome do Banco	Agência	Conta Corrente
Bradesco	5122	19.196 - 5

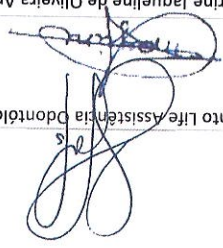
Pelo presente TERMO DE ADESAO, o CREDENCIADO, nele identificado, declara ter tido ciência prévia das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO ODONTOLIFE ou, simplesmente, CONTRATO, bem como do Manual do Credenciado Odontolife e da Tabela de Procedimentos Odontolife, que está de acordo com a natureza 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 cirúrgicos 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.

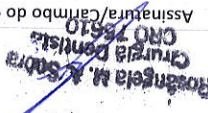
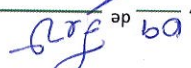
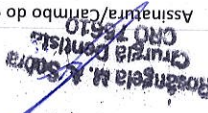
O CREDENCIADO concorda, ainda, em: a) estar devidamente registrado nos órgãos federais, estaduais e municipais reguladores da profissão, possuir todos os certificados e alvarás exigidos e mantê-los perfeitamente válidos durante toda a vigência do CONTRATO; b) cumprir a legislação vigente, em especial 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 ADESAO; e) solicitar autorização para todo início de tratamento em benefício 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 oferecido aos seus pacientes ou de outros convênios, sem qualquer tipo de discriminação, sob pena de descrédito e suspensão sumária; 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.

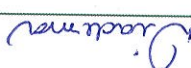
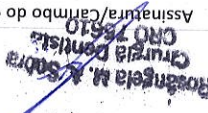
A aceitação deste TERMO DE ADESAO implica na aceitação pelo CREDENCIADO da divulgação dos seus atributos de qualificação conforme RN 267/2011 e IN 52/2013 da ANS - Agência Nacional de Saúde.

O CONTRATO está registrado no 4º Ofício de Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoas Jurídicas de Curitiba - PR, no microfilme 58503. 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.

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Assinatura: 
Nome: Thayne Jaqueline de Oliveira Andrade
CPF: 069.334.289-74

Assinatura/Carimbo: 
Nome: 
CPF: 
Assinatura/Carimbo do Credenciado

Assinatura: 
Nome: Rosângela M. A. Sousa
CPF: 
Assinatura/Carimbo do Credenciado

Assinatura/Carimbo do Credenciado