

Multiplicador  
0,40

Nome Completo do Credenciado: NIVALDO ZARELLI JUNIOR Naturalidade: SÃO JOAQUIM DO BONFIM UF: SP Estado Civil: CASADO

CPF: 020.151.778-8 Data de Nascimento: 11/01/54 CRD: 9761 UF CRD: SP CNES: 123

Endereço de Atendimento: Rua Gate de Selentes Complemento: 92/1905 Bairro: Centro

Cidade: Itapecerica da Serra UF: SP CEP: 12050-002

Telefone Comercial com DDD: (11) 2252-3072 Telefone Fixo com DDD: (11) 9946-6303 Telefone Celular com DDD: (11) 9946-6303 Telefone Plântio com DDD: (11) 9946-6303

Recursos de Acessibilidade:  Emergência Horário Comercial:  Emergência Plantão:

Assinatura: CINCAZANELLIA HETLAC - GUY

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

	Sim	Especialista		Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	<input type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>
Radiologia Odontológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Horários de Atendimento**

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

Especificar: 09:00 as 17:00

**Dados Financeiros**

Nome do Banco: BRANDES UNIBANCO Agência: 6591 Conta Corrente: 55597-5

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 cirúrgicos que necessitem 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; 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) oferecer aos beneficiários Odontolife o mesmo tratamento oferecido 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 assinatura 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.

OdontoLife Assistência Odontológica Ltda

Assinatura Carimbo do Credenciado

Thayr [Redacted] Andrade

Nome: NIVALDO ZARELLI JR

CPF: 069.334.289-74

CPF: 020.151.778/76

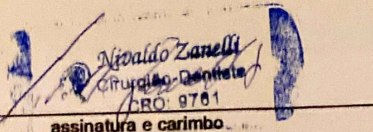
Odontolife Planos Odontológicos - Rua 24 de Maio, 1365, Rebouças, Curitiba - PR, CEP 80.730-080  
4007 2828 - Capitais e Região Metropolitana | 0800 000 2828 - Demais Regiões

## DECLARAÇÃO

Nome: NIVALDO ZANELLI JUNIOR  
NIT: 12096236640  
CPF: 020151778176  
E-mail: CINCAZANELLI@HOTMAIL.COM

Tel:

Declara para os fins previstos no art. 216, §§ 28 e 29 do Regulamento da Previdência Social (Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999 e alterações posteriores), que a empresa CONSULTORIA ODONTOLÓGICA ZANELLI LTDA CNPJ nº 04.053.236/0001-99 situada na Rua São do Antônio, 92/1905 sendo vinculado ao código profissional \_\_\_\_\_, efetuará o desconto da sua contribuição ao INSS, pelo valor máximo do salário de contribuição, durante o período de 31/12/2021 a 31/12/2022 de 2022. O signatário assume inteira responsabilidade pelo valor declarado bem como pela sua complementação, na hipótese de não receber remuneração ou recebê-la em valor inferior ao indicado nesta declaração.

  
assinatura e carimbo

Rio de Janeiro, 7 de Junho de 2021

**NIT: número de inscrição do trabalhador (INSS/PIS/PASEP)**