# TERMO DE ADESÃO ODONTLIFE

Credenciamento Consultório Isolado

**Dados Cadastrais**

ANS - nº40641

Multiplicador: 0,35

Nome Completo do Credenciado | Naturalidade | UF | Estado Civil

CPF | RG | PIS/NIT | Data de Nascimento | CRO | UF CRO | CNES

Endereço de Atendimento | Complemento | Bairro

Cidade | UF | CEP | ☐ Recursos de Acessbilidade | ☐ Emergência Horário Comerical | ☐ Emergência Plantão

Telefone Comercial com DDD | Celular com DDD | Telefone Plantão com DDD | E-mail

## 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 | ☐ | ☐ | | Odontogeriatria | ☐ | ☐ | |
| 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

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 alavarás 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 regsitrado 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.

_____, ____ de _____ de _____

Odonto Life Assistência Odontólogica Ltda

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Nome: _____

CPF: _____