

PROCESSO FICHA CADASTRAL - CHECKLIST

IDENTIFICAÇÃO DO CREDENCIAMENTO	
COLABORADOR:	GABRIELA AUGUSTO BARRETTO
DATA:	02/12/2014
CÓDIGO INDICAÇÃO	36
NOME REPRESENTANTE LEGAL	FABIO FRÓES DE SOUZA MOREIRA
TELEFONE EFETIVO	(71) 3621-4313
EMAIL EFETIVO	coreo@terra.com.br
CIDADE/BAIRRO/UF:	CAMAÇARI/ CENTRO/ BA
FICHA	PJ
NÚMERO DE DENTISTAS:	1
VALOR DE USO ODONTOLIFE	0,40
VALOR DE USO INTEROPERADORAS	0,40

02/14

VERIFICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO			
STATUS	PESSOA FISICA	PESSOA JURIDICA	STATUS
	Termo de adesão	Termo de adesão	(OK)
	CRO/CPF	CRO/CPF - Responsável técnico	(OK)
	PIS/NIT	Certificados/Tit. de espec./Currículos - Resp. técnico	
	Certificados/Títulos de especialidades/Currículos	CRO/CPF - Corpo clínico	
	Alvará de funcionamento	Certificados/Tit. de espec./Currículos - Corpo clínico	
	Alvará de vigilância sanitária	Cartão CNPJ	(OK)
	Comprovante bancário	CNES	(OK)
		Alvará de funcionamento	(OK)
		Alvará de vigilância sanitária	(OK)
		Contrato social	(OK)
		Comprovante bancário	

ATENÇÃO:

É NECESSÁRIO QUE NO MOMENTO DA MONTAGEM E DA ORGANIZAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO, VOCÊ RELACIONE EXATAMENTE COMO ESTÁ NA ORDEM ACIMA.

OBSERVAÇÕES COORDENADOR CREDENCIAMENTO
SÃO 14 DENTISTAS VAI ENVIAR TL.
14:00 hrs com Elisângela - agenda treinamento.
Agendado para 23/01 às 16:30.
Reagendado para 27/01 às 10:00 hrs.

ESTÁGIO 01

PRIORIDADE

SIM (☒) NÃO (☐)

Coordenador Credenciamento

VISTO

AÇÃO DO PROCESSO	STATUS	DATA REALIZAÇÃO	RESPONSÁVEL	VISTO
ESTÁGIO 02 VALIDAÇÃO DA FICHA	(OK)	02/12/14	Coordenador Credenciamento	
ESTÁGIO 03 CADASTRO NO SISTEMA	(OK)	03/12/14	Cadastro	
ESTÁGIO 04 AGENDAMENTO DE TREINAMENTO	(OK)	03/12/14 10/12/2015	Cadastro	
ESTÁGIO 05 TREINADO	(OK)	24/01/2015	Administrativo	
ESTÁGIO 06 DIVULGAÇÃO	(OK)	29/01/2015	Cadastro	
ESTÁGIO 07 ARQUIVADO	(OK)	13/02/15	Administrativo	

CONTRATO

201412031304

PESSOA JURÍDICA ☒ PESSOA FÍSICA ☐

RAZÃO SOCIAL DA PESSOA JURÍDICA
COOPS ODONTOLOGIA LTDA

NOME FANTASIA
COREO-CENTRO ODONTOLÓGICO DE REABILITAÇÃO ORAL

REPRESENTANTE LEGAL DA PESSOA JURÍDICA
FABIO FRÔES DE SOUZA MOREIRA

NOME COMPLETO DO CREDENCIADO PESSOA FÍSICA OU DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA PESSOA JURÍDICA
FABIO FRÔES DE SOUZA MOREIRA

RG **0525634304** CPF **95303847500** PIS/AIT OBRIGATORIO PARA PESSOA FÍSICA **95303847500**

DATA DE NASCIMENTO **24/04/1979** NATURALIDADE **SALVADOR** UF **BA** ESTADO CIVIL **CASADO**

E-MAIL DO CREDENCIADO OU DO RESPONSÁVEL TÉCNICO
COREO@TERRA.COM.BR

ENDEREÇO COMERCIAL
RUA COSTA PINTO

COMPLEMENTO, Nº APTO / CASA **275 SL 104 1º ANDAR** BAIRRO **CENTRO** CEP **42.800-040**

CIDADE **CAMAÇARI** UF **BA** FONE COMERCIAL 1 (DDD+Nº) **71 36214313/30401909** CELULAR OU FONE RESCADO (DDD+Nº) **71 81344521**

E-MAIL DE CONTATO DA CLÍNICA
COREO@TERRA.COM.BR

LÍNGUAS ESTRANGEIRAS

☐ INGLÊS ☐ FRANCÊS ☐ ESPANHOL ☐ ALEMÃO ☐ JAPONÊS

HORÁRIOS DE ATENDIMENTO

☒ HORÁRIO COMERCIAL ☐ APÓS ÀS 18H ☒ SABADOS ☐ SIM ☐ NÃO

ESPECIALIDADES ATENDIDAS

<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICA GERAL	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> MESTRE/DOCTOR	<input checked="" type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> MESTRE/DOCTOR
<input checked="" type="checkbox"/> PERIÓDONTIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> MESTRE/DOCTOR	<input type="checkbox"/> PROTESE	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> MESTRE/DOCTOR
<input type="checkbox"/> CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> MESTRE/DOCTOR	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA/ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> MESTRE/DOCTOR
<input checked="" type="checkbox"/> ODONTOPELIATRIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> MESTRE/DOCTOR	<input type="checkbox"/> IMPLANTODONTIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> MESTRE/DOCTOR
<input type="checkbox"/> PATIENTES ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> MESTRE/DOCTOR	<input type="checkbox"/> RADIOLOGIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> MESTRE/DOCTOR
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> MESTRE/DOCTOR	<input type="checkbox"/> URGÊNCIA 24 HORAS	<input type="checkbox"/> PLANTONISTA	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> SOBRE AVISO
<input type="checkbox"/> ESTOMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> MESTRE/DOCTOR	<input type="checkbox"/> ÓXIDO NITROSO (HABILITADO)			
<input type="checkbox"/> ODONTogeriatRIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> MESTRE/DOCTOR	<input type="checkbox"/> OUTRA			

DADOS FINANCEIROS

NOME DO BANCO **BRASIL** AGÊNCIA **2816-9** Nº E DÍGITO DA CONTA **33157-0**

Pelo presente TERMO DE ADESÃO, o(a) CREDENCIADO identificado acima declara ter tido ciência prévia das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO ODONTOLIFE, doravante denominado simplesmente CONTRATO, bem como do Manual do Credenciado Odontolife e da Tabela de Procedimentos Odontolife, que são partes integrantes do CONTRATO para todos os fins e, expressamente, declara estar de acordo com o seu objetivo e natureza, definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados aos Beneficiários Odontolife, rotina para auditoria técnica e administrativa, atos ou eventos odontológicos, clínicos e/ou cirúrgicos que necessitem de aprovação prévia da Odontolife, o prazo de sua vigência e as condições de sua rescisão, a forma e a periodicidade de reajustes dos valores devidos em razão dos atendimentos odontológicos realizados, bem como as obrigações assumidas por cada uma das partes no CONTRATO. Declara concordar ainda em:

a) Estar devidamente registrado (a) nos Órgãos Federais, Estaduais e/ou 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 por si próprio, se pessoa física, ou assegurar que seu corpo clínico possua, se pessoa jurídica, formação acadêmica e profissional para atuar na(s) especialidade(s) odontológica(s) identificada(s) nesta Ficha Cadastral; d) Solicitar senha de liberação para todo início de atendimento em Beneficiário da Odontolife e verificar a elegibilidade do mesmo previamente a cada atendimento; e) 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 valores seja realizado; f) 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; g) abster-se de cobrar do Beneficiário Odontolife qualquer valor relativo a procedimentos cobertos. A cobrança direta aos Beneficiários Odontolife está prevista nos casos de procedimentos não cobertos pelo plano contratado pelo Beneficiário, conforme valores da Tabela de Procedimentos Odontolife.

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.

CAMAÇARI 19 de **NOVEMBRO** 14

ODONTOLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA

ASSINATURA/CARIMBO DO CREDENCIADO REPRESENTANTE LEGAL

TESTEMUNHA,

TESTEMUNHA,

THAYRINE JAQUELINE DE OLIVEIRA ANDRADE
CPF: 069.394.259-74

NOME: ELSIMARA FRÔES DE SOUZA MOREIRA
CPF: 76782751534

Prezado CREDENCIADO, conforme RN 267/2011 e IN 52/2013 da ANS encaminhamos este formulário para seu preenchimento. Ressaltamos que o senhor deve estar de acordo com a divulgação de seus atributos de qualificação nos materiais de divulgação da Rede Credenciada Odontolife. Caso opte por divulgar estes atributos, a respectiva documentação comprobatória deverá ser enviada para confirmação de nossa equipe.

Assinale a sua opção quanto a divulgação dos atributos de qualificação conforme RN 267/2011 e IN 52/2013 da ANS:

- ☒ Sim, aceito divulgar meus atributos de qualificação nos materiais de divulgação da Rede Credenciada Odontolife.
- ☐ Não aceito divulgar meus atributos de qualificação nos materiais de divulgação da Rede Credenciada Odontolife.

Preenchimento exclusivo para credenciados pessoa física

☐ Participa do NOTIVISA da ANVISA?

Assinalar abaixo:

- Pós: somente para cursos de pós graduação com mínimo de 360 horas reconhecido pelo MEC;
- Esp: somente se possuir título de especialista emitido pelo CFO;
- Residência: somente para curso de residência reconhecido pelo MEC;

<input type="checkbox"/> DENTISTICA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> ODCNTOGERIATRIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
<input type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
<input type="checkbox"/> CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> PRÓTESE	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA/ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
<input type="checkbox"/> PACIENTES ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> IMPLANTODONTIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
<input type="checkbox"/> DTM	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA				
<input type="checkbox"/> ESTOMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> PÓS	<input type="checkbox"/> ESP	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA				

Preenchimento exclusivo para clínicas de radiologia e para credenciados pessoa jurídica

☐ Possui certificação de acreditação?

Caso possua certificação de acreditação, assinale a Entidade Acreditadora e nível de acreditação:

☐ DNA Nível: _____ ☐ PALC / SBPC/ML Nível: _____ ☐ DICQ / SBAC Nível: _____

☐ Participa do NOTIVISA da ANVISA?

☐ Participa o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS?

Caso tenha informado ou venha a obter futuramente algum atributo de qualificação, é necessário encaminhar o respectivo documento comprobatório. A qualificação somente será divulgada após o recebimento do documento comprobatório da qualificação e devida conferência.

Todas as informações prestadas acima são de minha inteira responsabilidade.

CAMAÇARI 19 de NOVEMBRO 14

ASSINATURA/CARIMBO DO CREDENCIADO/REPRESENTANTE LEGAL

Conselho Federal e Regional de Odontologia

CRD: BAHIA Inscricao: BA-CD-6365

Tipo: CIRURGIAO-DENTISTA

Nome: FABIO FROES DE SOUZA MOREIRA

Pat: JAIWE FROES MOREIRA

Ma: ELBA LUCIA DE SOUZA MOREIRA

C.P.F.: 953.036.475-00 Nascimento: 24/04/1979 Naturalidade: SALVADOR, BA

SALVADOR, 9 MAR 2009.

PAULO CESAR ALCANTARA RIBEIRO, CD Presidente do CRO-BA

NO: 05256343 04 Orgao: SSP UF: BA Data: 22/07/1997

Identidade Eleitoral No: 09318951-05/66 Zona: 002 Secao: 333 UF: BA

Inscricao no CRO Livro: A23 Folha: 167 Processo: 520/2001 Data: 23/08/2001

Registro no CFO Livro: A2244 Folha: 166 Processo: 12186/2001 Data: 27/08/2003

Observacoes Gerais Tipo sanguineo: 0 POSITIVO Doador: NAO

Especialidade em: 1) PERIODONTIA

POLEGAR DIREITO:

Assinatura do portador

Responsavel Técnico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 05.305.395/0001-54		COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 27/09/2002
MATRIZ				
NOME EMPRESARIAL COOPS ODONTOLOGIA LTDA - ME				
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) COREO CENTRO ODONTOLOGICO DE REABILITACAO ORAL				
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.30-5-04 - Atividade odontológica				
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não Informada				
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA				
LOGRADOURO R COSTA PINTO		NÚMERO 273	COMPLEMENTO 1. PISO SALA 105 E. ISABEL DE ALMEIDA	
CEP 42.800-040	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO CAMACARI	UF BA	
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/11/2005		
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL				
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****		

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia 02/12/2014 às 08:33:30 (data e hora de Brasília).

Identificação

CADASTRADO NO CNES EM: 16/5/2005 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 9/8/2011 ULTIMA CERTIDÃO NEGATIVA:03/10/2014

Nome:		CNES:	CNPJ:	
COREO		3460339	05305395000154	
Nome Empresarial:		CPF:	Personalidade:	
COOPS ODONTOLOGICA LTDA		--	FÍSICA	
Logradouro:		Número:	Telefone:	
RUA ADELINA DE SA		S/N	(71)36218219	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
SALA 02 1 ANDAR	CENTRO	42800500	CAMACARI - IBGE - 290570	BA
Tipo Estabelecimento:	Sub Tipo Estabelecimento:	Esfera Administrativa:		Gestão:
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE		PRIVADA		MUNICIPAL
Natureza da Organização:		Dependência:		
EMPRESA PRIVADA		INDIVIDUAL		
Número Alvará:	Órgão Expedidor:	Data Expedição:		
314	SMS	19/11/2004		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ALVARÁ SANITÁRIO

Nº. ALVARÁ: 0091

VÁLIDO ATÉ: JUNHO 2015

Nº. PROCESSO: 00143 / 2014

INSCR. MUNICIPAL: 0012658002

Nº. PRONTUÁRIO: 2.377

TIPO DE ESTABELECIMENTO: CLÍNICA ODONTOLÓGICA TIPO I

ATIVIDADES LIBERADAS: PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS COM CIRURGIA ORAL MENOR.

RAZÃO SOCIAL: COOPS ODONTOLOGIA LTDA ME

NOME FANTASIA: COREO - CENTRO ODONTOLÓGICO DE REABILITAÇÃO ORAL

CNPJ/CPF: 05.305.395/0002-35

ENDEREÇO: RUA COSTA PINTO, Nº. 273

COMPLEMENTO: 1º. PISO, SALA 105

TELEFONE: (71) 3621-4313

BAIRRO : CENTRO

MUNICÍPIO: CAMAÇARI

UF: BA

RESPONSÁVEL LEGAL: FÁBIO FRÓES DE SOUZA MOREIRA

CPF: 953.038.475-00

RESPONSÁVEL TÉCNICO: FÁBIO FRÓES DE SOUZA MOREIRA

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRO / BA / Nº.6365

A Diretoria do Departamento de Vigilância em Saúde, através da Coordenação de Vigilância Sanitária e Ambiental, concede o presente ALVARÁ SANITÁRIO, cabendo ao seu responsável observar a legislação vigente e as Boas Práticas referentes às atividades prestadas.

O alvará sanitário deverá ser renovado anualmente de acordo com a Lei Estadual nº. 3982/81 e Lei Municipal nº. 522/01, podendo ser cancelado a qualquer momento por inobservância do disposto nas normas legais.

Este documento deverá ser afixado no estabelecimento em local visível ao público.

Camaçari, 07 de julho de 2014

PREFEITURA DE CAMAÇARI
SECRETARIA DE SAÚDE

Celso Joelio Amorim Teodoro

Diretor do Departamento de Vigilância em Saúde

PREFEITURA DE CAMAÇARI
SECRETARIA DE SAÚDE

Vigilância Sanitária e Ambiental

25 de julho de 2014

Coordenador de Vigilância Sanitária e Ambiental

**ALTERAÇÃO CONTRATUAL E CONSOLIDAÇÃO DA SOCIEDADE: COOPS ODONTOLOGIA
LTDA ME**

- 1 FABIO FRÔES DE SOUZA MOREIRA, brasileiro, maior, solteiro, Dentista, nascido em 24/04/1979, natural de Salvador no Estado da Bahia, portador do RG: sob n.º 0525634304 - SSP/Ba e C.P.F.: n.º 953.038.475-00, residente e domiciliado à Rua Coronel Durval Matos, n.º 644, apto 202 - Costa Azul - CEP: 41.760-160 na Cidade de Salvador no Estado da Bahia.
- 2 ELSIMARA FRÔES DE SOUZA MOREIRA, brasileira, maior, solteira, Dentista, nascida em 15/11/1973, natural de Salvador no Estado da Bahia, portadora do RG: sob n.º 0398019851 - SSP/Ba e C.P.F.: n.º 767.827.515-34, residente e domiciliada à Rua Coronel Durval Matos, n.º 644, apto 202 - Costa Azul - CEP: 41.760-160 na Cidade de Salvador no Estado da Bahia, únicos sócios componentes da empresa: COOPS ODONTOLOGIA LTDA ME (**MATRIZ**), com **sede** estabelecida à Rua Adelina de Sá, s/n, 1º andar, sala 102 - centro, CEP: 42.800-060 na cidade de Camaçari no Estado da Bahia, com Contrato Social arquivado na Junta Comercial do Estado da Bahia (JUCEB) sob n.º 29.202.514.743 em 27 de Setembro de 2002, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídica (CNPJ) sob n.º 05.305.395/0001-54 e **FILIAL** estabelecida à Rua Costa Pinto, n.º 273, 1º piso, sala 105, Edif. Isabel de Almeida, centro - CEP: 42.800-040 na cidade de Camaçari no Estado da Bahia, com contrato social arquivado na Junta Comercial do Estado da Bahia (JUCEB) sob n.º 29.900.802.833 em 23 de Fevereiro de 2006, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob n.º 05.305.395/0002-35, resolvem, assim, alterar e consolidar o contrato social:

- 1ª Fica estabelecido que o endereço da Sociedade - **MATRIZ**, passa a ser à Rua Costa Pinto, n.º 273, 1º piso, sala 105, Edif. Isabel de Almeida, centro - CEP: 42.800-040 na cidade de Camaçari no Estado da Bahia.
- 2ª Fica estabelecido a extinção da Sociedade - **FILIAL**, que iniciou suas atividades em 23 de Fevereiro de 2006, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob n.º 05.305.395/0002-35, e que encerrou todas suas operações e atividades em 31 de Agosto de 2014.
- 3º Os sócios dão entre si, plena, geral e irrevogável quitação, declarando extinta a sociedade filial, para todos efeitos, com o arquivamento desta extinção na Junta Comercial do Estado da Bahia.
- 4ª À vista da modificação ora ajustada, consolida-se o contrato social, com a seguinte redação: COOPS ODONTOLOGIA LTDA ME.

- 1 FABIO FRÔES DE SOUZA MOREIRA, brasileiro, maior, solteiro, Dentista, nascido em 24/04/1979, natural de Salvador no Estado da Bahia, portador do RG: sob n.º 0525634304 - SSP/Ba e C.P.F.: n.º 953.038.475-00, residente e domiciliado à Rua Coronel Durval Matos, n.º 644, apto 202 - Costa Azul - CEP: 41.760-160 na Cidade de Salvador no Estado da Bahia.
- 2 ELSIMARA FRÔES DE SOUZA MOREIRA, brasileira, maior, solteira, Dentista, nascida em 15/11/1973, natural de Salvador no Estado da Bahia, portadora do RG: sob n.º 0398019851 - SSP/Ba e C.P.F.: n.º 767.827.515-34, residente e domiciliada à Rua Coronel Durval Matos, n.º 644, apto 202 - Costa Azul - CEP: 41.760-160 na Cidade de Salvador no Estado da Bahia, únicos sócios componentes da empresa: COOPS ODONTOLOGIA LTDA ME, com **sede** estabelecida à Rua Costa Pinto, n.º 273, 1º piso, sala 105, Edif. Isabel de Almeida, centro - CEP: 42.800-040 na cidade de Camaçari no Estado da Bahia, com Contrato Social arquivado na Junta Comercial do Estado da Bahia (JUCEB) sob n.º 29.202.514.743 em 27 de Setembro de 2002, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídica (CNPJ) sob n.º 05.305.395/0001-54, resolvem, assim, consolidar o contrato social:

- 1ª A sociedade gira sob o nome empresarial: COOPS ODONTOLOGIA LTDA ME.

(Continuação.....)



(Continuação da alteração social e consolidação da sociedade: COOPS ODONTOLOGIA LTDA ME).

2ª A sociedade tem sua sede à Rua Costa Pinto, nº 273, 1º piso, sala 105, Edif. Isabel de Almeida centro – CEP: 42.800-040 na cidade de Camaçari no Estado da Bahia.

3ª O objeto social é:
I: Serviços Odontológicos (Clínica de Odontologia) CNAE 86.30-5/04

4ª O capital social é R\$ 15.000,00 (Quinze Mil Reais), dividido em 15.000 (Quinze Mil) quotas no valor nominal de R\$ 1,00 (Hum Real), integralizadas em moeda corrente do País, pelos sócios:

Nome	Participação	Valor Unitário	Integralizado	Quotas
a) FABIO FRÔES DE SOUZA MOREIRA	50%	1,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7..500
b) ELSIMARA FRÔES DE SOUZA MOREIRA	50%	1,00	R\$ 7.500,00	R\$ 7..500

5ª A sociedade iniciou suas atividades em 27 de Setembro de 2002 e seu prazo é indeterminado.

6ª O Administrador declara, sob as penas da lei, de que não está impedido de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública, ou a propriedade. (art.º 1.011, parág. 1º do CC/2002)

7ª As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento do outro sócio, a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço direito de preferência para sua aquisição se postas à venda formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente. (art.1.056 e art 1.057 do CC/2002).

8ª A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital. (art.º 1.052 do CC/2002).

9ª A administração da sociedade cabe ao sócio: **FABIO FRÔES DE SOUZA MOREIRA**, com poder e atribuição de fazer uso da denominação social, isoladamente em negócio exclusivo de interesse da Sociedade, podendo para tanto abrir contas correntes, dar quitação, avais, requerer talões de Cheque e outras documentações correlatas ao bom desenvolvimento da mesma a frente da sociedade, conf. Preceitua os artigos 997,VI; 1.013; 1.015 e 1.064 de CC/2002.

10ª Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, os administradores prestará conta justificadas de sua administração, procedendo a elaboração de inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo aos sócios, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas, (art.º 1.065 de CC/2002).

11ª Nos quatros meses seguintes ao término do exercício social, as sócias deliberarão sobre designar administradoras quando for o caso. (arts. 1.071; 1.072, parag. 2º e art.º 1.078 do CC/2002).

12ª Os Sócios poderão, de comum acordo, fixar uma retirada mensal, a titulo de "Pró-Labore", observadas as disposições regulamentares pertinentes.

13ª Falecendo ou interditado qualquer dos sócios, a sociedade continuará suas atividades com seus herdeiros ou sucessores. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou do (s) sócio(s), remanescente(s), o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

(Continuação.....)

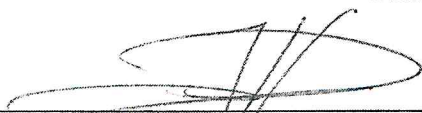
(Continuação da alteração social e consolidação da sociedade: COOPS ODONTOLOGIA LTDA ME).

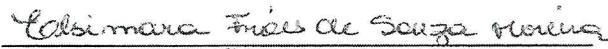
- 14ª Fica eleito o Foro da comarca de Camaçari, para dirimir toda e quaisquer dúvidas e incidentes em torno da Sociedade.
- 15ª Os Sócios achando conveniente e necessário, fará abertura de filial em qualquer parte do País.

PARÁGRAFO ÚNICO: Os mesmos procedimentos serão adotados em outros casos em que a sociedade se resolva em relação a seu sócio. (art.º 1.028 e art.º 1.031 de CC/2002).

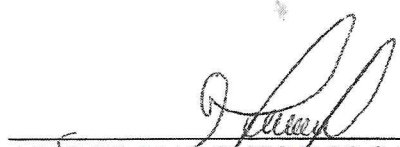
E por estarem assim juntos e contratados, assinam a presente Alteração e Consolidação do Contrato Social, em 03 vias, na presença de duas testemunhas.

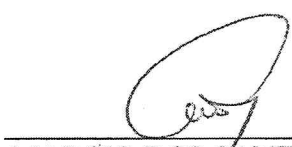
Camaçari – Ba, 12 de Setembro de 2014


FABIO FRÕES DE SOUZA MOREIRA
CPF: 953.038.475-00


ELSIMARA FRÕES DE SOUZA MOREIRA
CPF: 767.827.515-34

TESTEMUNHAS:


ADEMIR MARQUES DOS SANTOS
RG: 0386221227-SSP/Ba
CPF: 346.000.945-49


MARCIO DOS SANTOS CHAGAS
RG: 0715482467 - SSP/Ba
CPF: 912.595.505-59

