



ALVARÁ SANITÁRIO

NÚMERO: 0019017/21/631

PROCESSO: 14580 / 2020

Razão Social: ODONTO NAPTO LTDA

CPF/CNPJ: 15.071.198/0001-71

Endereço:

AV.: GETULIO VARGAS nº 1856 -

Bairro: MARTINS CEP: 38.400-434

UBERLÂNDIA - MG

CNAE	Atividade
8630-5/04-00	Atividade odontológica
8650-0/03-00	Atividades de psicologia e psicanálise

Atividades Autorizadas: Clínica Odontológica; Consultório de Psicologia.

EM BRANCO

Responsável Técnico/Legal: **MARCUS VINICIUS RISPOLI DINIZ**

Conselho / CPF nº: **CRO/MG 30676**

Observações: Pendência Projeto Arquitetônico com Análise Preliminar nº 448/2020, de 04/12/2020.

Uberlândia, 02 de Julho de 2021.

Vencimento: 02/07/2024

Código de controle da autenticidade deste documento: HIFY

A autenticidade deste documento deverá ser confirmada na página da Prefeitura Municipal de Uberlândia, no seguinte endereço internet: <http://uberlandia.mg.gov.br>

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

2 - Conforme artigo 317 da Lei nº 10715 de 21/03/2011 e alterado pela Lei nº 13134/2019, o prazo de validade do Alvará de Autorização Sanitária será de 03 (três) anos para as atividades classificadas de alto risco e de 5 (cinco) anos para as atividades classificadas de baixo risco.

3 - O presente documento poderá ser cassado, a qualquer momento por irregularidades no estabelecimento.

4 - Conforme artigo 317 Parágrafo 1º da Lei Municipal nº 10715 de 21/03/2011, a renovação do Alvará Sanitário deverá ser requerida com até cento e vinte dias antes do vencimento da autorização presente, salvo disposição especial em contrário.

Nome Completo do Credenciado: **MARIA LUCIA SOARES DE OLIVEIRA**

CPF: **29253098104** RG: **1253986** PIS/NIT:

Endereço de Atendimento: **AV GETULIO VARGAS 1856**

Cidade: **UBERLANDIA** UF: **MG** CEP: **38400-434**

Telefone Comercial com DDD: **34 - 99888-6879** Celular com DDD: **34 - 99888-6879** Telefone Plantão com DDD:

Naturalidade: **SANTA CRUZ DE GOIAS** UF: **GO** Estado Civil: **CASADA**

Data de Nascimento: **04/10/1961** CRO: **62378** UF CRO: **MG** CNES:

Complemento: **SALA 2** Bairro: **MARTINS**

Recursos de Acessibilidade: ☐ Emergência Horário Comercial: ☐ Emergência Plantão: ☐

E-mail: **mega.lucia.odonto@gmail.com**

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			Odontogeriatría		
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:

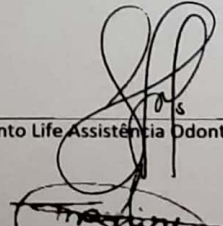
Pelo presente TERMO DE ADESÃO, o CREDENCIADO, nele identificado, declara ter tido ciência prévia das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO ODONTOLIFE ou, simplesmente, CONTRATO, bem como do Manual do Credenciado Odontolife e da Tabela de Procedimentos Odontolife, que são partes integrantes do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

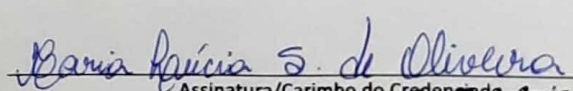
O CREDENCIADO concorda, ainda, em: a) estar devidamente registrado nos órgãos federais, estaduais e municipais reguladores da profissão, possuir todos os certificados e alvarás exigidos e mantê-los perfeitamente válidos durante toda a vigência do CONTRATO; b) cumprir a legislação vigente, em especial 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.

Uberlândia 23 de maio de 2023


Odonto Life Assistência Odontológica Ltda
Thayne Jaqueline de Oliveira Andrade
CPF: 069.334.289-74


Assinatura/Carimbo do Credenciado
Maria Lucia S. de Oliveira
Odontologista
CRO 62378
Nome: Maria Lucia Soares de Oliveira
CPF: 292.530.981-04
Maria Lucia S. de Oliveira
Odontologista
CRO 62378