

Nome Completo do Credenciado: RODRIGO JONES FERREIRA VIANNA

CPF: 08576195780 RG: 108603137 PIS/NIT: 267.05547.020

Data de Nascimento: 11/07/1979 CRO: 144590 UF CRO: SP CNES:

Endereço de Atendimento: RUA CEL. XAVIER DE TOLEDO 70 Complemento: SALA 512 Bairro: REBOUÇA

Cidade: SÃO PAULO UF: SP CEP: 01048-000

Telefone Comercial com DDD:  Celular com DDD: (11) 99992-5080 Telefone Plantão com DDD: (11) 99992-5050 E-mail: ASTRODONTOLIFE@GMAIL.COM

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

Multiplicador: 0,35

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

|                              | Sim                                 | Especialista             |                                                       | Sim                                 | Especialista                             |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Divulgar como clínico geral  | <input type="checkbox"/>            |                          | Odontopediatria                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2000 |
| Dentística Restauradora      | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                 |
| Endodontia                   | <input type="checkbox"/>            | <input 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 checked="" 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: 2ª a 6ª  
10:00 AS 20:00

**Dados Financeiros**

Nome do Banco: 027 - BANCO INTER Agência: 0001 Conta Corrente: 9919760-1

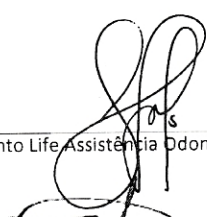
Pelo presente TERMO DE ADESÃO, o CREDENCIADO, nele identificado, declara ter tido ciência prévia das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO ODONTOLIFE ou, simplesmente, CONTRATO, bem como do Manual do Credenciado Odontolife e da Tabela de Procedimentos Odontolife, que são partes integrantes do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

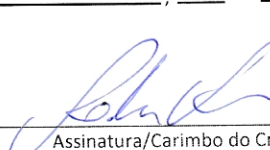
O CREDENCIADO concorda, ainda, em: a) estar devidamente registrado nos órgãos federais, estaduais e municipais reguladores da profissão, possuir todos os certificados e alvarás exigidos e mantê-los perfeitamente válidos durante toda a vigência do CONTRATO; b) cumprir a legislação vigente, em especial a trabalhista, tributária, sanitária, ambiental e o Código de Ética da profissão; 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 oferecidos aos seus pacientes particulares ou de outros convênios, sem qualquer tipo de discriminação, sob pena de descumprimento 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.

SÃO PAULO, 22 de FEVEREIRO de 2023

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

  
Dr. Rodrigo Ferreira  
CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL  
CRO 144590 SP  
Assinatura/Carimbo do Credenciado  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_