

				Multiplicador	
Razão Social		CRO Clínica		UF CRO	Optante pelo Simples Nacional CNES
Nome Fantasia		CNPJ			
Nome completo do Representante Legal		CPF		RG	
Endereço de Atendimento		Complemento		Bairro	
Cidade	UF	CEP	Recursos de Acessibilidade		Emergência Horário Comercial
Telefone Comercial com DDD	Celular com DDD	Telefone Plantão com DDD	E-mail	Emergência Plantão	

**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, Relação de Operadoras Parceiras 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; d) solicitar autorização para todo início de tratamento em beneficiário da Odontolife e verificar a elegibilidade do mesmo a cada novo 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 valor possa ser 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 dos beneficiários Odontolife está prevista apenas nos casos de procedimentos não cobertos pelo plano contratado pelo beneficiário, conforme valores da Tabela de Procedimentos Odontolife; h) na hipótese de ações judiciais versando sobre responsabilidade civil, criminal, administrativa por parte de terceiros em face da atuação do CREDENCIADO ou de seus prepostos, o CREDENCIADO compromete-se a indenizar e/ou ressarcir a Odontolife em eventuais prejuízos que lhe advierem em função de sentença judicial condenatória ou transação judicial ou extrajudicial.

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.

\_\_\_\_\_  
Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

  
\_\_\_\_\_  
Ágata B. da S. Gomes  
CPF: 116.627.569-84

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo do Credenciado

\_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF: