

Nome Completo do Credenciado

GISELE KAREN BRUST

CPF

RG

PIS/NIT

017.509.880-89

2085418578

2.067.720.265-7

Endereço de Atendimento

RUA ARY TUBBS 665

Cidade

GRANATAY

UF

CEP

RS

94010-180

Telefone Comercial com DDD

Celular com DDD

Telefone Plantão com DDD

51 999758078

Naturalidade

BRASILEIRA

Data de Nascimento

CRO

UF

Estado Civil

0,30

RS

CASADA

13/10/1988

26521

UF CRO

CNES

RS

2.067.720.265-7

Complemento

Bairro

SALA 303

CENTRO

Recursos de Acessibilidade

Emergência Horário Comercial

Emergência Plantão

E-mail

GISELE_BRUST@XAHOO.COM.BR

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

	Sim	Especialista		Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	<input checked="" type="checkbox"/>		Odontopediatria	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dentística Restauradora	<input checked="" type="checkbox"/>		Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	<input type="checkbox"/>	
Endodontia	<input type="checkbox"/>		Odontogeriatria	<input checked="" type="checkbox"/>	
Periodontia	<input checked="" type="checkbox"/>		Ortopedia Funcional dos Maxilares	<input type="checkbox"/>	
Cirurgia e Traumatologia BMF	<input checked="" type="checkbox"/>		Patologia Bucal	<input type="checkbox"/>	
Prótese Dentária	<input checked="" type="checkbox"/>		Prótese Buco-Maxilo-Facial	<input type="checkbox"/>	
Implantodontia	<input type="checkbox"/>		Estomatologia	<input type="checkbox"/>	
Ortodontia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DTM e Dor-Orofacial	<input type="checkbox"/>	
Radiologia Odontológica	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Horários de Atendimento

Comercial Estendido, após as 18 horas 24 horas Sábados Domingos Feriados Especificar

Nome do Banco

SICREDI

Agência

0119

Conta Corrente

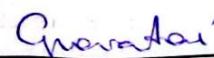
80165-8

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 íntegra original para que o repasse de valor possa ser realizado; g) oferecer aos beneficiários Odontolife o mesmo tratamento oferecido 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.

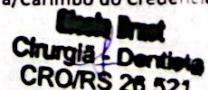
 Curitiba, 11 de junho de 2025

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Assinatura/Carimbo do Credenciado


 Gisele Karen Brust
 Cirurgião-Dentista
 CRO/RS 26.521

Nome: GISELE KAREN BRUST

CPF: 017.509.880-89