

Razão Social: **ESPAÇO IDEAL ODONTO LTDA - ME**

Nome Fantasia: **ESPAÇO IDEAL ODONTO**

Nome completo do Representante Legal: **RENATA RODRIGUES BARBOSA SALOMÃO**

Endereço de Atendimento: **AVENIDA DAS AMÉRICAS, 1155**

Cidade: **Rio de Janeiro** UF: **RJ** CEP: **22631-903**

Telefone Comercial com DDD: **(21) 34395783** Celular com DDD: **965554584** Telefone Plantão com DDD: **- X -**

CRO Clínica: **UF CRO: RJ** ☒ Optante pelo Simples Nacional

CNPJ: **27.175.225-0001/35** CNES: **9306765**

CPF: **124.302.397-01** RG: **20339291-5**

Complemento: **SALA 805** Bairro: **BARRA DA TIJUCA**

E-mail: **ESPAÇOIDEAL.ODONTOLOGIA@GMAIL.COM**

Horários de Atendimento

☒ Comercial ☐ Estendido, após as 18 horas ☐ 24 horas ☐ Sábados ☐ Domingos ☐ Feriados

Especificar: **9h às 18h**

Dados Financeiros

Nome do Banco: **BANCO INTER - 077** Agência: **0001** Conta Corrente: **19142143-0**

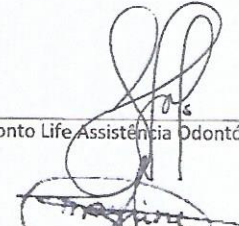
Pelo presente TERMO DE ADESÃO, o CREDENCIADO, nele identificado, declara ter tido ciência prévia das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO ODONTOLIFE ou, simplesmente, CONTRATO, bem como do Manual do Credenciado Odontolife e da Tabela de Procedimentos Odontolife, que são partes integrantes do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

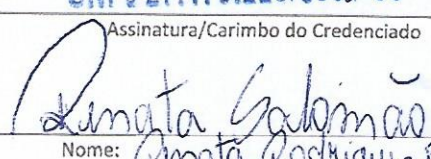
O CREDENCIADO concorda, ainda, em: a) estar devidamente registrado nos órgãos federais, estaduais e municipais reguladores da profissão, possuir todos os certificados e alvarás exigidos e mantê-los perfeitamente válidos durante toda a vigência do CONTRATO; b) cumprir a legislação vigente, em especial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

Rio de Janeiro, 01 de novembro de 2022


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

ESPAÇO IDEAL ODONTO
CNPJ 27.175.225/0001-35
Assinatura/Carimbo do Credenciado

Nome: Renata Rodrigues B Salomão
CPF: 124.302.397-01