

Nome Completo do Profissional: EDUARDA COSTA NEVES Naturalidade: Brasileira - Rio de Janeiro UF: RJ

CPF: 070.451.577-62 RG: 50746461-2 Data de Nascimento: 08/12/1975 CRO: 41.500 UF CRO: RJ Estado civil: CASADO

DDD: 21 Celular: 987646514 E-mail: DR. EDUARDA NEVES @ GMAIL . COM Responsável Técnico da Clínica:

Obrigatório o fornecimento dos dados pessoais para cadastro a base, considerando a segurança do prestador, beneficiário e operadora perante órgão regentes e fiscais.

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

	Sim	Especialista		Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	<input checked="" type="checkbox"/>		Odontopediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentística Restauradora	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endodontia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odontogeriatría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periodontia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortodontia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTM e Dor-Orofacial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome Completo do Profissional: RAFAEL DE ARAUJO GONCALVES Naturalidade: Rio de Janeiro UF: RJ

CPF: 119.029.247-54 RG: 131592529 Data de Nascimento: 11/03/1987 CRO: 40.310 UF CRO: RJ Estado Civil: CASADO

DDD: 21 celular: ~~987646514~~ 97323-1234 E-mail: DENTES COM ALTO @ GMAIL . COM

Obrigatório o fornecimento dos dados pessoais para cadastro a base, considerando a segurança do prestador, beneficiário e operadora perante órgão regentes e fiscais.

Áreas da Odontologia que atenderá para a Odontolife

	Sim	Especialista		Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	<input type="checkbox"/>		Odontopediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DTM e Dor-Orofacial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Multiplicador: 0,37

Razão Social: ECNEVES ODONTOLOGIA LTDA CRO Clínica: UF CRO: Optante pelo Simples Nacional

Nome Fantasia: DENTE COM ARTE CNPJ: 49612059000120 CNES:

Nome completo do Representante Legal: EDUARDO COSTA NEVES CPF: 07045157762 RG: 10746461-2

Endereço de Atendimento: RUA VISCONDE DE PIRAJÁ, 281 Complemento: SL 314 Bairro: IPANEMA

Cidade: Rio de Janeiro UF: RJ CEP: 22410-001 Recursos de Acessibilidade Emergência Horário Comercial Emergência Plantão

Telefone Comercial com DDD: Celular com DDD: (21)97323-1234 Telefone Plantão com DDD: E-mail: ECNEVES.LTDA@GMAIL.COM

Horários de Atendimento

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

Especificar: 9:00 HS às 18:00 HS

Dados Financeiros

Nome do Banco: BANCO INTER - 077 Agência: 0001 Conta Corrente: 27561394-1

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; 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.

49.612.059/0001-20

ECNEVES ODONTOLOGIA LTDA

**Rua Visconde de Pirajá, 281-Sl. 314
Ipanema-CEP 22410-001
Rio de Janeiro-RJ**

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2024

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Nome: EDUARDO COSTA NEVES

CPF: 070.451.577-62