

Dados Cadastrais Clínica

Multiplicador

0,30

Razão Social: PH Aguiar de Sanches Odontologia

CRO/UF Clínica:

3850

Optante Simples Nacional?

☒ Sim

☐ Não

Nome Fantasia

SANCHES ODONTOLOGIA

CNPJ:

2885708700137

CNES

Endereço de Atendimento

AV. ROCHA POMBO-66

Complemento

SALA 01

Bairro

CENTRO

Cidade

NOVA ESPERANÇA

UF

PR

CEP

87600000

Telefone Comercial com DDD

4432520724

Celular Clínica com DDD

44999698376

Telefone Plantão com DDD

E-mail Clínica

SANCHESODONTOLOGIA26@GMAIL.COM

☐ Recurso de Acessibilidade

☒ Emergência Horário Comercial

☐ Emergência Plantão

☐ Microscópio

Horários de Atendimento: ☒ Comercial ☐ 24 horas ☐ Sábados ☐ Domingos ☐ Feriados ☐ Especificar: _____

Dados Cadastrais Representante Legal

Nome Completo do Representante Legal

PAULO HASANCHES

CPF

07611393979

RG

109862878

Endereço Residencial

AV. ROCHA POMBO

Complemento

CASA

Bairro

CENTRO

Cidade

PARANAVAI

UF

PR

CEP

87600000

E-mail

PHODONTO27@GMAIL.COM

Telefone Representante Legal com DDD

Celular Representante Legal com DDD

44998599131

Dados Cadastrais Responsável Técnico

Nome Completo do Responsável Técnico

BRUNO LUIS SASSANTOS

CPF

06532587982

RG

104777449

Endereço Residencial

R. KENSIN SEKII

Complemento

CASA

Bairro

SÃO JOSÉ

Cidade

NOVA ESPERANÇA

UF

PR

CEP

87600000

E-mail

BS.ODONTOLOGIA@HOTMAIL.COM

Telefone Responsável Técnico com DDD

Celular Responsável Técnico com DDD

44999481929

Dados Financeiros Clínica

Nome do Banco

SICOOB

Agência

4340

Conta Corrente

426502-5

Chave PIX

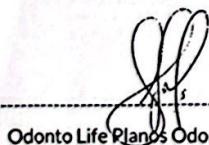
TERMO DE ADESÃO ODONTOLIFE

Credenciamento Clínica Especializada

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, Relação de Operadoras Conveniadas e da Tabela de Procedimentos, 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 declara: 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) possuir formação acadêmica e profissional para atuar nas especialidades odontológicas identificadas neste TERMO DE ADESÃO; C) manter atualizado seus dados cadastrais e profissionais e corpo clínico; D) cumprir com a legislação vigente, em especial a Civil, Trabalhista, Tributária, Sanitária, Ambiental, LGPD e o Código de Ética da Profissional; E) solicitar autorização para todo início de tratamento em beneficiário da Odontolife e Conveniadas, bem como 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, totalmente preenchidos, sem rasuras e via original para que o repasse de valor possa ser realizado; G) oferecer aos beneficiários Odontolife e Conveniadas 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 e Conveniadas qualquer valor relativo aos procedimentos cobertos. A cobrança direta dos beneficiários Odontolife e Conveniadas está prevista apenas nos casos de procedimentos não cobertos pelo plano contratado pelo beneficiário, conforme valores da Tabela de Procedimentos Odontolife; I) na hipótese de acordos judiciais e/ou extrajudiciais, 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; J) atender a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e guardar sigilo e confidencialidade sobre todas e quaisquer "informações confidenciais" a que tiverem acesso durante a vigência deste contrato e, inclusive, após a sua rescisão pelo prazo de 02 (dois) anos, a contar da data de rescisão. A aceitação deste TERMO DE ADESÃO implica ainda na aceitação pelo CREDENCIADO da divulgação dos seus atributos de qualificação conforme RN 510/2022 da 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.

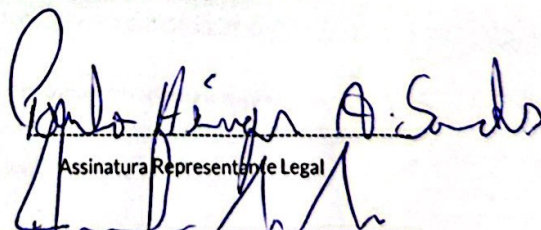
União Esperança

01 de 08 de 2024



Odonto Life Planos Odontológicos LTDA

Testemunha:
CPF:



Assinatura Representante Legal

Assinatura Responsável Técnico / Carimbo
CRO/UF:

Dr. Bruno Luis Sá Santos
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-PR 22457

Odontolife Planos Odontológicos - Rua 24 de Maio, 1365, Rebouças, Curitiba - PR, CEP 80.230-080
4007 2828 - Capitais e Região Metropolitana | 0800 000 2828 - Demais Regiões

TERMO DE ADESÃO ODONTOLIFE

Dados Cadastrais Prestador

Nome Completo do Prestador **BRUNO LUIS SANTOS** CPF **06532587982** RG **104277449**
Endereço Residencial **RUA KENSIN SEKII** Complemento **CASA** Bairro **SÃO JOSÉ**
Cidade **NOVA ESPERANÇA** UF **PR** CEP **87600000**
E-mail **65.ODONTOLOGIA@HOTMAIL.COM**
Telefone Prestador com DDD **44999481929** Celular Prestador com DDD **44999481929**

Áreas da odontologia em que atuará para a Odontolife

	Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	☐	☐
Dentística Restauradora	☐	☐
Endodontia	☐	☐
Periodontia	☐	☐
Cirurgia e Traumatologia BMF	☐	☐
Prótese Dentária	☐	☐
Implatodontia	☐	☐
Ortodontia	☒	☐
Radiologia Odontológica	☐	☐

	Sim	Especialista
Odontopediatria	☐	☐
Odontologia para paciente com necessidades especiais	☐	☐
Odontogeriatría	☐	☐
Ortopedia Funcional dos Maxilares	☐	☒
Patologia Bucal	☐	☐
Prótese Buco-Maxilo-Facial	☐	☐
Estomatologia	☐	☐
DTM e Dor-orofacial	☐	☐

Dados Cadastrais Prestador

Nome Completo do Prestador **VICTOR H. GONÇALVES** CPF **10296819964** RG **438997888**
Endereço Residencial **AVENIDA CUIABA - 2811** Complemento **APJ02** Bairro **GRALHA AZUL**
Cidade **SARANDI** UF **PR** CEP **87111200**
E-mail **VICKTOR-182@HOTMAIL.COM**
Telefone Prestador com DDD **67996097674** Celular Prestador com DDD **67996097674**

Áreas da odontologia em que atuará para a Odontolife

	Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	☐	☐
Dentística Restauradora	☐	☐
Endodontia	☒	☐
Periodontia	☐	☐
Cirurgia e Traumatologia BMF	☐	☐
Prótese Dentária	☐	☐
Implatodontia	☐	☐
Ortodontia	☐	☐
Radiologia Odontológica	☐	☐

	Sim	Especialista
Odontopediatria	☐	☐
Odontologia para paciente com necessidades especiais	☐	☐
Odontogeriatría	☐	☐
Ortopedia Funcional dos Maxilares	☐	☐
Patologia Bucal	☐	☐
Prótese Buco-Maxilo-Facial	☐	☐
Estomatologia	☐	☐
DTM e Dor-orofacial	☐	☐

Dados Cadastrais Prestador

Nome Completo do Prestador: **ANDERSON DAVI D. NUNES** CPF: **023.504.841-06** RG: **001426151**

Endereço Residencial: **RUA PARAIBE** Complemento: **CASA** Bairro: **CENTRO**

Cidade: **PARANAVAI** UF: **PR** CEP: **87702260**

E-mail: **DAVIDNUNES1985@GMAIL.COM**

Telefone Prestador com DDD: **449992286** Celular Prestador com DDD: **6**

Áreas da odontologia em que atuará para a Odontolife

	Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	☐	☐
Dentística Restauradora	☐	☐
Endodontia	☐	☐
Periodontia	☐	☒
Cirurgia e Traumatologia BMF	☐	☐
Prótese Dentária	☐	☒
Implatodontia	☐	☒
Ortodontia	☐	☐
Radiologia Odontológica	☐	☐

	Sim	Especialista
Odontopediatria	☐	☐
Odontologia para paciente com necessidades especiais	☐	☐
Odontogeriatría	☐	☐
Ortopedia Funcional dos Maxilares	☐	☐
Patologia Bucal	☐	☐
Prótese Buco-Maxilo-Facial	☐	☐
Estomatologia	☐	☐
DTM e Dor-orofacial	☐	☒

Dados Cadastrais Prestador

Nome Completo do Prestador: **ISABELA RIBEIRO SILVA** CPF: **12784997828** RG: **140411604**

Endereço Residencial: **R. PROF. JOAO CANDIDO** Complemento: Bairro: **V. GARGA**

Cidade: **NOVA ESPERANÇA** UF: **PR** CEP: **87600000**

E-mail: **ISABELA.RIBEIRO@GMAIL.COM**

Telefone Prestador com DDD: **44998655274** Celular Prestador com DDD: **4**

Áreas da odontologia em que atuará para a Odontolife

	Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	☒	☐
Dentística Restauradora	☒	☐
Endodontia	☐	☐
Periodontia	☐	☐
Cirurgia e Traumatologia BMF	☐	☐
Prótese Dentária	☐	☐
Implatodontia	☐	☐
Ortodontia	☐	☐
Radiologia Odontológica	☐	☐

	Sim	Especialista
Odontopediatria	☒	☐
Odontologia para paciente com necessidades especiais	☒	☐
Odontogeriatría	☒	☐
Ortopedia Funcional dos Maxilares	☐	☐
Patologia Bucal	☐	☐
Prótese Buco-Maxilo-Facial	☐	☐
Estomatologia	☐	☐
DTM e Dor-orofacial	☐	☐