

Multiplicador
0,35

Razão Social CLINICA ODONTOLOGICA KATHIA ARAGON ZAMATA LTDA		CRO Clínica EPAO 330	UF CRO PB	<input checked="" type="checkbox"/> Optante pelo Simples Nacional
Nome Fantasia ARAGON ODONTOLOGIA		CNPJ 18375866000142	CNS 2927360	
Nome completo do Representante Legal KATHIA ARAGON ZAMATA		CPF 00738578401	RG 3376643	
Endereço de Atendimento RUA JOSEFA TAVEIRA 1587, 1o ANDAR		Complemento 1o ANDAR	Bairro MANGABEIRA	
Cidade JOÃO PESSOA		UF PB	CEP 58055000	<input type="checkbox"/> Recursos de Acessibilidade
DDD + Fixo Comercial 8335073995	DDD + Celular Comercial 83988973987	DDD + Plantão Comercial 83988012830	E-mail ARAGONODONTOLOGIA@GMAIL.COM	<input checked="" type="checkbox"/> Emergência Horário Comercial
				<input checked="" type="checkbox"/> Emergência Plantão

Horários de Atendimento

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

Especificar _____

Dados Financeiros

Nome do Banco INTER	Agência 0001	Conta Corrente 151902682
------------------------	-----------------	-----------------------------

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.

JOÃO PESSOA, 10 de 11 de 2022


Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade
CPF: 069.334.289-74


Assinatura/Carimbo do Credenciado

Nome: KATHIA ARAGON ZAMATA
CPF: 007.385.784-01

Nome Completo do Profissional: **RENILLY FRANCA DE OLIVEIRA** Naturalidade: **JOÃO PESSOA** UF: **PB**

CPF: **107.639.344-61** RG: **3.880.232** Data de Nascimento: **08/07/95** CRO: **7457** UF CRO: **Pb** Estado Civil: _____

Celular com DDD: **(83) 986918554** E-mail: **renilly-oliveira@hotmail.com** Responsável Técnico da Clínica

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"/>	<input type="checkbox"/> RESTRIÇÕES
Dentística Restauradora	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RESTRIÇÕES	Ortopedia Funcional dos Maxilares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia e Traumatologia BMF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RESTRIÇÕES	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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTM e Dor-Orofacial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome Completo do Profissional: **SUENNYA DANTAS DOS SANTOS** Naturalidade: **JOÃO PESSOA** UF: **PB**

CPF: **054.710.274-77** RG: **2780388** Data de Nascimento: **12/12/84** CRO: **4590** UF CRO: **Pb** Estado Civil: **CNSADA**

Celular com DDD: **(83) 987927238** E-mail: **suennyas@hotmail.com** Responsável Técnico da Clínica

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"/>

Nome Completo do Profissional: KATHIA DRAGON ZAMATA Naturalidade: PERU UF: _____

CPF: 007.385.784-01 RG: 3376643 Data de Nascimento: 03/01/97 CRO: 3196 UF CRO: PB Estado Civil: CASADA

Celular com DDD: (83)999316529 E-mail: KATHYDRAGON.COM Responsável Técnico da Clínica

Áreas da Odontologia em que atuará 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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTM e Dor-Orofacial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome Completo do Profissional: SUSAN SOLANGE DRAGON ZAMATA Naturalidade: PERU UF: _____

CPF: 700.423.554-86 RG: V729581-7 Data de Nascimento: 25/12/91 CRO: 6804 UF CRO: PB Estado Civil: SOLTEIRA

Celular com DDD: (83)998112178 E-mail: susan20saz@hotmail.com Responsável Técnico da Clínica

Áreas da Odontologia que atenderá para a Odontolife

	Sim	Especialista		Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	<input checked="" type="checkbox"/>		Odontopediatria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>RESTRIGES</u>
Dentística Restauradora	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>RESTRIGES</u>	Ortopedia Funcional dos Maxilares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia e Traumatologia BMF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>RESTRIGES</u>	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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTM e Dor-Orofacial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>