

Multiplicador
 D.35

Razão Social

SORRILINS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA

Nome Fantasia

SORRILINS CLINICA ODONTOLOGIA

Nome completo do Representante Legal

ARMANDO TAYRA

Endereço de Atendimento

AV. JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 503

Complemento

Bairro

JARDIM ARIANO

Cidade

LINS

UF

SP

CEP

16400-400

☒ Recursos de

Acessibilidade

☐ Emergência

Horário Comercial

☐ Emergência

Plantão

Telefone Comercial com DDD

14 3532-7479

Celular com DDD

Telefone Plantão com DDD

Email adm.sorrilins@gmail.com

Horários de Atendimento


Comercial



Estendido, após as

18 horas



24 horas



Sábados



Domingos



Feriados

Especificar

segunda-sexta 8h-19h / sab. 8h-12h

Dados Financeiros

Nome do Banco

CAIXA

Agência

0318

Conta Corrente

3335-2

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 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 RN 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 S85503. Por estarem justas e contratadas, as partes firmam o presente termo de adesão em duas vias de igual teor e forma, na presença dos testemunhas abaixo assinadas.

OdontoLife Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069 334 289-74

Assinatura/Campo do Credenciado

 DR. ARMANDO TAYRA
 Clínica Odontolife
 CRO-PR 37891

Nome: ARMANDO TAYRA

CPF: 066 377 218-40

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