

Multiplicador: 0,50

Razão Social: **JOYCE PIMENTA ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA**

Nome Fantasia: **CLIN. JOYCE PIMENTA ODONTOLOGIA INTEGRADA**

Nome completo do Representante Legal: **JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA**

Endereço de Atendimento: **ROD. BR 316, KM 01, ED. NEXE OFFICE**

Cidade: **ANANINDEUA** UF: **PA** CEP: **67.013-000**

Telefone Comercial com DDD: **(91) 4104-3011** Celular com DDD: **(91) 98015-9640** Telefone Plantão com DDD: **(91) 98894-2654**

CRO Clínica: **1152** UF CRO: **PA** Optante pelo Simples Nacional: ☐ CNES: **0135771**

CNPJ: **35.696.690/0001-98** CPF: **950.934.782-53** RG: **4169 106**

Complemento: **CORR 02, SALA 1009** Bairro: **ATALAIA**

☒ Recursos de Acessibilidade ☒ Emergência Horário Comercial ☐ Emergência Plantão

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

Horários de Atendimento

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

Especificar: **Sáb - 08hs às 12hs**

Dados Financeiros

Nome do Banco: **077 - BANCO INTER** Agência: **0001-9** Conta Corrente: **5416738-8**

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.

BELEM - PA, 24 de SET. de 2020

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Assinatura/Carimbo do Credenciado

JOYCE R.S. G. PIMENTA
Cirurgiã-Dentista
CRO/PA: 8570

Nome:

CPF:

Nome Completo do Profissional

JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA

Naturalidade

BELEM

UF

PA

CPF

950 934 782-53

RG

4169 106

Data de Nascimento

27/12/85

CRO

8570

UF CRO

PA

Estado Civil

CASADA

Celular com DDD

(91) 88942054

E-mail

JOYCE R. S. G. PIMENTA@GMAIL.COM

☒ Responsável Técnico da Clínica

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

	Sim	Especialista		Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	☒	☐	Odontopediatria	☒	☐
Dentística Restauradora	☒	☐	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	☒	☐
Endodontia	☒	☐	Odontogeriatría	☒	☐
Periodontia	☒	☐	Ortopedia Funcional dos Maxilares	☐	☐
Cirurgia e Traumatologia BMF	☒	☐	Patologia Bucal	☐	☐
Prótese Dentária	☒	☐	Prótese Buco-Maxilo-Facial	☐	☐
Implantodontia	☐	☐	Estomatologia	☐	☐
Ortodontia	☐	☐	DTM e Dor-Orofacial	☐	☐

Nome Completo do Profissional

TRACYA BICTENCOURT MORAES

Naturalidade

BELEM

UF

PA

CPF

030.824.632-62

RG

6035368

Data de Nascimento

12/08/98

CRO

8895

UF CRO

PA

Estado Civil

SOLTEIRA

Celular com DDD

(91) 8015 9640

E-mail

JOYCE R. S. G. PIMENTA@GMAIL.COM

☐ Responsável Técnico da Clínica

Áreas da Odontologia que atenderá para a Odontolife

Divulgar como clínico geral	☒	☐	Odontopediatria	☒	☐
Dentística Restauradora	☒	☐	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	☒	☐
Endodontia	☒	☐	Odontogeriatría	☒	☐
Periodontia	☒	☐	Ortopedia Funcional dos Maxilares	☐	☐
Cirurgia e Traumatologia BMF	☒	☐	Patologia Bucal	☐	☐
Prótese Dentária	☒	☐	Prótese Buco-Maxilo-Facial	☐	☐
Implantodontia	☐	☐	Estomatologia	☐	☐
Ortodontia	☐	☐	DTM e Dor-Orofacial	☐	☐

Joyce R. S. G. Pimenta
Joyce Pimenta
Cirurgiã-Dentista
CRO/PA: 8570

Nome Completo do Profissional MARCO HENRIQUE DE LIMA MARTINS Naturalidade Belém UF PA

CPF 425.606.592-04 RG 2905059 Data de Nascimento 13/03/72 CRO 2692 UF CRO PA Estado Civil CASADO

Celular com DDD (91) 98015 9690 E-mail JOYCEPSSG.PIMENTA@GMAIL.COM ☐ Responsável Técnico da Clínica

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

	Sim	Especialista		Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	☒		Odontopediatria	☒	
Dentística Restauradora	☒	☐	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	☒	
Endodontia	☒	☐	Odontogeriatría	☒	
Periodontia	☒	☒	Ortopedia Funcional dos Maxilares	☐	
Cirurgia e Traumatologia BMF	☒	☐	Patologia Bucal	☐	
Prótese Dentária	☒	☐	Prótese Buco-Maxilo-Facial	☐	
Implantodontia	☐	☐	Estomatologia	☐	
Ortodontia	☐	☐	DTM e Dor-Orofacial	☐	

Nome Completo do Profissional YASMIN CALDAS SANTOS DOS SANTOS Naturalidade Belém UF PA

CPF 026 849 752 -48 RG 06664956002 Data de Nascimento 04/01/96 CRO 8952 UF CRO PA Estado Civil CASADA

Celular com DDD (91) 98015 9690 E-mail JOYCEPSSG.PIMENTA@GMAIL.COM ☐ Responsável Técnico da Clínica

Áreas da Odontologia que atenderá para a Odontolife

	Sim	Especialista		Sim	Especialista
Divulgar como clínico geral	☒		Odontopediatria	☒	
Dentística Restauradora	☒	☐	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	☒	
Endodontia	☒	☐	Odontogeriatría	☒	
Periodontia	☒	☐	Ortopedia Funcional dos Maxilares	☐	
Cirurgia e Traumatologia BMF	☒	☐	Patologia Bucal	☐	
Prótese Dentária	☒	☐	Prótese Buco-Maxilo-Facial	☐	
Implantodontia	☐	☐	Estomatologia	☐	
Ortodontia	☐	☐	DTM e Dor-Orofacial	☐	

Joyce Pimenta
Joyce Pimenta
Cirurgiã-Dentista
CRO/PA: 8570