

Nome Completo do Credenciado: **simone streicher vallim**

CPF: **17190251855** RG: **14100566** PIS/NIT: **1704265045-8**

Data de Nascimento: **02/12/1966** CRO: **46517** UF: **sp** Estado Civil: **solteira**

Endereço de Atendimento: **rua coronel ernesto de oliveira - 349**

Cidade: **são joão da boa vista** UF: **sp** CEP: **13870-249**

Telefone Comercial com DDD: **(19) 3633-2789** Celular com DDD: **(19) 99272-3624** Telefone Plantão com DDD:

Complemento: **sala 02** Bairro: **vila conrado**

E-mail: **sisv@bol.com.br**

☐ Recursos de Acessibilidade ☐ Emergência Horário Comercial ☐ Emergência Plantão

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	☐	☐
Radiologia Odontológica	☐	☐			

Horários de Atendimento

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

Especificar:

Dados Financeiros

Nome do Banco: **santander** Agência: **0049** Conta Corrente: **92006704-3**

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; d) solicitar autorização para todo início de tratamento em beneficiário da Odontolife e verificar a elegibilidade do mesmo a cada novo atendimento; e) 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; f) 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; g) 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.

São João da Boa Vista, 15 de setembro de 2017


Odonto Life Assistência Odontológica Ltda


Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade
CPF: 069.334.289-74


Assinatura/Carimbo do Credenciado

Nome: **Simone Streicher Vallim**
CPF: **171902518-55**

PROCESSO FICHA CADASTRAL - CHECKLIST

IDENTIFICAÇÃO DO CREDENCIAMENTO	
COLABORADOR:	RAQUEL SIMONE DA ROSA
DATA:	10/10/2014
CÓDIGO INDICAÇÃO	SIMONE STREICHER VALLIM
NOME REPRESENTANTE LEGAL	1936332789
TELEFONE EFETIVO	sisv@ig.com.br
EMAIL EFETIVO	SÃO JOÃO DA BOA VISTA/VILA CONRADO/SP
CIDADE/BAIRRO/UF:	PF
FICHA	1
NÚMERO DE DENTISTAS:	0,40
VALOR DE USO ODONTOLIFE	0,40
VALOR DE USO INTEROPERADORAS	

08

VERIFICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

STATUS	PESSOA FISICA	PESSOA JURIDICA	STATUS
(OK)	Termo de adesão	Termo de adesão	
(OK)	CRO/CPF	CRO/CPF - Responsável técnico	
	PIS/NIT	Certificados/Tit. de espec./Currículos - Resp. técnico	
(OK)	Certificados/Títulos de especialidades/Currículos	CRO/CPF - Corpo clínico	
(OK)	Alvará de funcionamento	Certificados/Tit. de espec./Currículos - Corpo clínico	
(OK)	Alvará de vigilância sanitária	Cartão CNPJ	
(OK)	Comprovante bancário	CNES	
		Alvará de funcionamento	
		Alvará de vigilância sanitária	
		Contrato social	
		Comprovante bancário	

ATENÇÃO:

É NECESSÁRIO QUE NO MOMENTO DA MONTAGEM E DA ORGANIZAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO, VOCÊS RELACIONEM EXATAMENTE COMO ESTÁ NA ORDEM ACIMA.

OBSERVAÇÕES COORDENADOR CREDENCIAMENTO

Enviar até 13/10 comp. Conta bancária
Rita - 20130 02 9.80

AÇÃO DO PROCESSO	STATUS	DATA REALIZAÇÃO	RESPONSÁVEL	RUBRICA
ESTÁGIO 01 VALIDAÇÃO DA FICHA	()	___/___/___	Coordenador Credenciamento	
ESTÁGIO 01 B PRIORIDADE			Coordenador Credenciamento	
ESTÁGIO 02 LANÇADO NO CREDENCIAMENTO DIÁRIO	()	___/___/___	Coordenador Credenciamento	
ESTÁGIO 03 CADASTRO NO SISTEMA	(OK)	13/10/14	Cadastro	
ESTÁGIO 04 ENVIO DE EMAIL	(OK)	13/10/14	Cadastro	
ESTÁGIO 05 VALIDAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO	()	___/___/___	Administrativo	
ESTÁGIO 06 CONFECÇÃO DO CONTRATO	()	___/___/___	Administrativo	

CONTRATO

2014013961

TERMO DE ADESÃO ODONTOLIFE
DADOS CADASTRAIS

PESSOA JURÍDICA ☐ PESSOA FÍSICA ☒

RAZÃO SOCIAL DA PESSOA JURÍDICA _____

NOME FANTASIA _____

REGISTRO CNES OBRIGATÓRIO PESSOA JURÍDICA _____

REPRESENTANTE LEGAL DA PESSOA JURÍDICA _____

NOME COMPLETO DO CREDENCIADO PESSOA FÍSICA OU DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA PESSOA JURÍDICA
Simone Streicher Vallim

RG **14100566-X** CPF **17190251855** PIS/NIT OBRIGATÓRIO PARA PESSOA FÍSICA **1171596822-5**

DATA DE NASCIMENTO **02/12/1966** NATURALIDADE **São João da Boa Vista** UF **SP** ESTADO CIVIL **solteira**

E-MAIL DO CREDENCIADO OU DO RESPONSÁVEL TÉCNICO
simonesix@gmail.com

ENDEREÇO COMERCIAL
Rua Coronel Ernesto de Oliveira, 349

COMPLEMENTO (Nº APTO / CASA) **sala 02** BAIRRO **Vila Conrado** CEP **13870-249**

CIDADE **São João da Boa Vista** UF **SP** FONE COMERCIAL 1 (DDD+Nº) **(19) 3633-2789** CELULAR OU FONE RESIDUAL (DDD+Nº) **(19) 99272-3624**

E-MAIL DE CONTATO DA CLÍNICA
sisv@ig.com.br

LÍNGUAS ESTRANGEIRAS
☒ INGLÊS ☐ FRANCÊS ☐ ESPANHOL ☒ ALEMÃO ☐ JAPONÊS

HORÁRIOS DE ATENDIMENTO
☒ HORÁRIO COMERCIAL ☐ APÓS ÀS 18H ☐ SÁBADOS ☐ SIM ☒ NÃO

ESPECIALIDADES ATENDIDAS

☐ CLÍNICA GERAL	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR	☐ ENDODONTIA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR
☐ DENTÍSTICA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR	☐ PRÓTESE	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR
☐ PERIODONTIA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR	☒ ORTODONTIA/ORTOPEDIA	☐ PÓS	☒ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR
☐ CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR	☐ IMPLANTODONTIA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR
☒ ODONTOPEDIATRIA	☐ PÓS	☒ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR	☐ RADIOLOGIA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR
☐ PACIENTES ESPECIAIS	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR	☐ URGÊNCIA 24 HORAS	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR
☐ DTM	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR	☐ ÓXIDO NITROSO (HABILITADO)	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR
☐ ESTOMATOLOGIA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR	☐ OUTRA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR
☐ ODONTOGERIATRIA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR		☐ PÓS	☐ ESP	☐ MESTRE/DOUTOR

DADOS FINANCEIROS

NOME DO BANCO **Santander** AGÊNCIA **0049** Nº E DÍGITO DA CONTA **92006704-3**

Pelo presente TERMO DE ADESÃO, o(a) CREDENCIADO identificado acima declara ter tido ciência prévia das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO ODONTOLIFE, doravante denominado simplesmente CONTRATO, bem como do Manual do Credenciado Odontolife e da Tabela de Procedimentos Odontolife, que são partes integrantes do CONTRATO para todos os fins e, expressamente, declara estar de acordo com o seu objetivo e natureza, definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados aos Beneficiários Odontolife, rotina para auditoria técnica e administrativa, atos ou eventos odontológicos, clínicos e/ou cirúrgicos que necessitem de aprovação prévia da Odontolife, o prazo de sua vigência e as condições de sua rescisão, a forma e a periodicidade de reajustes dos valores devidos em razão dos atendimentos odontológicos realizados, bem como as obrigações assumidas por cada uma das partes no CONTRATO. Declara concordar ainda em:

a) Estar devidamente registrado (a) nos Órgãos Federais, Estaduais e/ou 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 por si próprio, se pessoa física, ou assegurar que seu corpo clínico possua, se pessoa jurídica, formação acadêmica e profissional para atuar na(s) especialidade(s) odontológica(s) identificada(s) nesta Ficha Cadastral; e) Solicitar senha de liberação para todo início de atendimento em Beneficiário da Odontolife e verificar a elegibilidade do mesmo previamente a cada 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 valores seja 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 aos Beneficiários Odontolife está prevista nos casos de procedimentos não cobertos pelo plano contratado pelo Beneficiário, conforme valores da Tabela de Procedimentos Odontolife.

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.

São João da Boa Vista, 10 de outubro de 2014

Dr.ª Simone Streicher Vallim
Odontopediatra - Odontologista
CROSP 45317

ASSINATURA/CARIMBO DO CREDENCIADO OU REPRESENTANTE LEGAL

TESTEMUNHA:

ODONTOLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA

THAYRINE JAQUELINE DE OLIVEIRA ANDRADE
CPF: 069.334.289-74

TESTEMUNHA:

Ria de Cássia Viola Viana
CPF: 290630478-60

TERMO DE ADESAO ODONTOLIFE QUALISS

Prezado CREDENCIADO, conforme RN 267/2011 e IN 52/2013 da ANS encaminhamos este formulário para seu preenchimento. Ressaltamos que o senhor deve estar de acordo com a divulgação de seus atributos de qualificação nos materiais de divulgação da Rede Credenciada Odontolife. Caso opte por divulgar estes atributos, a respectiva documentação comprobatória deverá ser enviada para confirmação de nossa equipe.

Assinale a sua opção quanto a divulgação dos atributos de qualificação conforme RN 267/2011 e IN 52/2013 da ANS:

- ☒ Sim, aceito divulgar meus atributos de qualificação nos materiais de divulgação da Rede Credenciada Odontolife.
- ☐ Não aceito divulgar meus atributos de qualificação nos materiais de divulgação da Rede Credenciada Odontolife.

Preenchimento exclusivo para credenciados pessoa física

☐ Participa do NOTIVISA da ANVISA?

Assinalar abaixo:

- Pós: somente para cursos de pós graduação com mínimo de 360 horas reconhecido pelo MEC;
- Esp: somente se possuir título de especialista emitido pelo CFO;
- Residência: somente para curso de residência reconhecido pelo MEC;

☐ DENTÍSTICA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ RESIDÊNCIA
☐ PERIODONTIA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ RESIDÊNCIA
☐ CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ RESIDÊNCIA
☒ ODONTOPEDIATRIA	☐ PÓS	☒ ESP	☐ RESIDÊNCIA
☐ PACIENTES ESPECIAIS	☐ PÓS	☐ ESP	☐ RESIDÊNCIA
☐ DTM	☐ PÓS	☐ ESP	☐ RESIDÊNCIA
☐ ESTOMATOLOGIA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ RESIDÊNCIA

☐ ODONTOGERIATRIA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ RESIDÊNCIA
☐ ENDODONTIA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ RESIDÊNCIA
☐ PRÓTESE	☐ PÓS	☐ ESP	☐ RESIDÊNCIA
☒ ORTODONTIA/ORTOPEDIA	☐ PÓS	☒ ESP	☐ RESIDÊNCIA
☐ IMPLANTODONTIA	☐ PÓS	☐ ESP	☐ RESIDÊNCIA

Preenchimento exclusivo para clínicas de radiologia e para credenciados pessoa jurídica

☐ Possui certificação de acreditação?

Caso possua certificação de acreditação, assinale a Entidade Acreditadora e nível de acreditação:

☐ ONA Nível: _____

☐ PALC / SBPC/ML Nível: _____

☐ DICQ / SBAC Nível: _____

☐ Participa do NOTIVISA da ANVISA?

☐ Participa o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS?

Caso tenha informado ou venha a obter futuramente algum atributo de qualificação, é necessário encaminhar o respectivo documento comprobatório. A qualificação somente será divulgada após o recebimento do documento comprobatório da qualificação e devida conferência.

Todas as informações prestadas acima são de minha inteira responsabilidade.

São João da Boa Vista, 10 de outubro de 2014

Dr. Simone Streicher Vallim
Odontopediatra / Ortodontista

ASSINATURA/CARIMBO DO CREDENCIADO/REPRESENTANTE LEGAL