

Nome Completo do Credenciado: Shirley Fátima Moura Campos
CPF: 012.385.437-74 RG: 12641832597 PIS/NIT: 89/12/70
Endereço de Atendimento: Rua Sul América, 1972
Cidade: Boa Vista UF: PR CEP: 81870-102
Telefone Comercial com DDD: (41) 3353-9676 Telefone Plântao com DDD: (41) 3900-033 E-mail: camposf@emul.com
Recursos de: ☒ Acesso ☐ Emergência ☐ Plântao ☐ Horário Comercial ☒ Acesso ☐ Emergência ☐ Plântao

Multiplicador: 1 UF: PR Estado Civil: C Data de Nascimento: 89/12/70 CRO: 44268 CNES: 129
Complemento: Barro Bairro: Barro Cidade: Boa Vista

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

<input checked="" type="checkbox"/> Sim Especialista	<input checked="" type="checkbox"/> Divulgar como clínico geral	<input checked="" type="checkbox"/> Sim Especialista
<input checked="" type="checkbox"/> Sim Especialista	<input checked="" type="checkbox"/> Dentística Restauradora	<input checked="" type="checkbox"/> Sim Especialista
<input type="checkbox"/> Sim Especialista	<input type="checkbox"/> Endodontia	<input type="checkbox"/> Sim Especialista
<input type="checkbox"/> Sim Especialista	<input type="checkbox"/> Periodontia	<input type="checkbox"/> Sim Especialista
<input type="checkbox"/> Sim Especialista	<input type="checkbox"/> Cirurgia e Traumatologia BMF	<input type="checkbox"/> Sim Especialista
<input type="checkbox"/> Sim Especialista	<input checked="" type="checkbox"/> Prótese Dentária	<input checked="" type="checkbox"/> Sim Especialista
<input type="checkbox"/> Sim Especialista	<input type="checkbox"/> Implantodontia	<input type="checkbox"/> Sim Especialista
<input type="checkbox"/> Sim Especialista	<input type="checkbox"/> Ortodontia	<input type="checkbox"/> Sim Especialista
<input type="checkbox"/> Sim Especialista	<input type="checkbox"/> Radiologia Odontológica	<input type="checkbox"/> Sim Especialista

Horários de Atendimento

<input type="checkbox"/> Especificar	<input type="checkbox"/> 24 horas	<input type="checkbox"/> Domingos	<input type="checkbox"/> Feriados
<input type="checkbox"/> Especificar	<input type="checkbox"/> 18 horas	<input type="checkbox"/> Domingos	<input type="checkbox"/> Feriados
<input type="checkbox"/> Especificar	<input type="checkbox"/> Estendido, após as	<input type="checkbox"/> Domingos	<input type="checkbox"/> Feriados
<input type="checkbox"/> Especificar	<input type="checkbox"/> 24 horas	<input type="checkbox"/> Domingos	<input type="checkbox"/> Feriados

Dados Financeiros

Nome do Banco: Itau Agência: 09375 Conta Corrente: 1263477

Pelo presente TERMO DE ADESAO, o CREDENCIADO, devidamente registrado no Conselho Federal de Odontologia, declara ter tido ciência prévia das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO ODONTOLIFE, bem como do Manual de Credenciamento 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 intervenção 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 regulamentadores da profissão, possuir todos os certificados e atestados exigidos e manter os 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 ADESAO; e) manter a autonomia para todo início de tratamento em benefício da Odontolife e verificar a elegibilidade de do mesmo a cada novo atendimento; f) encaminhar as guias de reembolso para que o repasse de valores possa ser realizado; g) oferecer aos beneficiários Odontolife o mesmo tratamento oferecido aos seus pacientes particulares ou de outros planos odontológicos, sob pena de descrédito sumário; h) abster-se de cobrar do beneficiário Odontolife qualquer valor relativo a procedimentos cobertos pelo plano contratado pelo beneficiário. Confronte valores da Tabela de Procedimentos Odontolife.

A aceitação deste TERMO DE ADESAO implica ainda na aceitação 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 553503. 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.

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda
Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade
CPF: 069.334.289-74

Assinatura/Carimbo do Credenciado
Nome: X SHELIA FÁTIMA MOURA CAMPOS
CPF: 012 385 437-74