

Nome Completo do Credenciado: Helba dos Santos Farias
 Naturalidade: Moropolis -
 UF: SP Estado Civil: S
 Data de Nascimento: 05/03/76 CBO: 334AP CP: 14
 Número de Atendimento: 115.105.002-74 CEP: 1306-19-403RB
 Complemento: Genial
 Endereço: Rua Leopoldo Machado 32306
 Recursos de Acessibilidade: Emergência: Emergência Hospitalar: Emergência Plantão:
 Telefone Comercial com DDD: 1306-19-403RB Celular com DDD: 981319636 Telefone Fixação com DDD: 1306-19-403RB E-mail: hufacomunitario@gmail.com

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

	Sim	Especialista		Sim	Especialista
Divulgar como clínica geral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odontopediatria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentística Restauradora	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endodontia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odontogemasia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periodontia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ortopedia Funcional dos Maxilares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia e Traumatologia BMF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patologia Bucal	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortodontia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTM e Dor Orofacial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologia Odontológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Horários de Atendimento

Comercial Específico, após as 18 horas 24 horas Sábados Domingos Férries
 Especificar: 08:00-12:00 / 14:30-19:00

Dados Financeiros


Nome do Banco: Banco do Brasil Agência: 2825-8 Conta Corrente: 22.646-7

Pelo presente TERMO DE ADEÇÃO, o CREDENCIADO, devidamente identificado, declara ter lido e ciência prévia das CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO ODONTOLIFE, 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 de 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 ADEÇÃO; 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 onerados 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 oferecido aos seus pacientes particulares ou de outros convênios, sem qualquer tipo de discriminação, sob pena de descredenciamento imediato; 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 ADEÇÃO implica ainda na aceitação pelo CREDENCIADO da divulgação dos seus atributos de qualificação conforme BN 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 estar em duas vias e contratadas, as partes firmam o presente termo de adesão em duas vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Melcapa 20 de Outubro de 2016


OdontoLife Assistência Odontológica Ltda

Helba dos Santos Farias
Assinatura/Carimbo do Credenciado


Thyrine Jaqueline de Oliveira Andrade
CPF: 069.334.289-74

Nome: Helba Farias
CPF: 415.105.002-74