

Razão Social: **THAYNA JULIO ODONTOLOGIA LTDA**

Nome Fantasia: **VP ODONTOLOGIA INTEGRADA**

Nome completo do Representante Legal: **THAYNA SANTOS DE SOUZA JULIO**

Endereço de Atendimento: **AVENIDA VICENTE DE CARVALHO, 909**

Cidade: **RIO DE JANEIRO** UF: **RJ** CEP: **21210-623**

Telefone Comercial com DDD: **(21) 97637-2259** Celular com DDD: **(21) 97637-2259** Telefone Plantão com DDD: **(21) 97637-2259**

CRO Clínica: **9288** UF CRO: **RJ** Optante pelo Simples Nacional: ☐ CNES: **5839637**

CNPJ: **47.583.251/0001-00** CPF: **058.702.887-46** RG: **21.304.433-2**

Complemento: **BL: 1 / SLS: 1220/1222** Bairro: **VICENTE DE CARVALHO**

Recursos de Acessibilidade: ☒ Emergência Horário Comercial: ☐ Emergência Plantão: ☐

E-mail: **CREDENCIAMENTO.TJ@GMAIL.COM**

Horários de Atendimento

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

Especificar: **SEG À SEX 8 ÀS 18H E SAB 8 ÀS 1**

Dados Financeiros

Nome do Banco: **INTER** Agência: **0001-9** Conta Corrente: **34556953-9**

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; 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 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.

RIO DE JANEIRO, 11 de DEZEMBRO de 2025

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Nome:

CPF:

Dra Thayne Santos de S. Julio
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 48180

**TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE
DISPENSA DO TREINAMENTO**

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu, Dr.(a) THAYNA SANTOS DE SOUZA JULIO, portador do CRO 48180, UF me responsabilizo em atuar diretamente com o sistema de liberação on-line e declaro que estou ciente de que todos os exames, atos e tratamentos deverão ser submetidos à liberação online conforme instruções contidas no *Manual do Credenciado Odontolife*.

Afirmo estar ciente de que receberei as credenciais (login e senha) para acesso exclusivo ao site www.odontolifeodontologia.com.br após a assinatura deste termo e declaro que sou responsável pela segurança destas informações bem como pelas ações que realizar no sistema de liberações

Declaro que recusei o treinamento para a correta utilização do sistema de liberação on-line, pois já possuo conhecimento suficiente para manusear o sistema.

RIO DE JANEIRO

Cidade

11

Dia

de DEZEMBRO

Mês

de 20 25

Ano

Thayna Santos de S. Julio
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 48180

Assinatura