

Razão Social					Multiplicador 0,35
THAYNA JULIO ODONTOLOGIA LTDA	CRO Clínica 9288	UF CRO RJ	Optante pelo Simples Nacional CNES		
Nome Fantasia					
VP ODONTOLOGIA INTEGRADA	47.583.251/0001-00				5839637
Nome completo do Representante Legal	CPF 058.702.887-46	RG 21.304.433-2			
THAYNA SANTOS DE SOUZA JULIO					Bairro VICENTE DE CARVALHO
Endereço de Atendimento	Complemento BL: 1 / SLS: 1220/1222				
AVENIDA VICENTE DE CARVALHO, 909	UF RJ	CEP 21210-623	<input checked="" type="checkbox"/> Recursos de Acessibilidade	<input type="checkbox"/> Emergência Horário Comercial	<input type="checkbox"/> Emergência Plantão
Cidade	Telefone Comercial com DDD (21) 97637-2259	Celular com DDD	Telefone Plantão com DDD	E-mail CRENDENCIAMENTO.TJ@GMAIL.COM	

Horários de Atendimento

<input checked="" type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Estendido, após as 18 horas	<input type="checkbox"/> 24 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Sábados	<input type="checkbox"/> Domingos	<input type="checkbox"/> 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 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 de alavarás 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 oferecido 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/Carambo do Credenciado

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

Nome: _____
CPF: _____



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, 11 de DEZEMBRO de 2025.
Cidade Dia Mês Ano

*Dra Thayna Santos de S. Julio
Médica-Dentista
CRO-RJ: 48180*
Assinatura