

Razão Social: **ODONTOLOGIA PILEGE LTDA**

Nome Fantasia: **ODONTOLOGIA PILEGE**

Nome completo do Representante Legal: **ALINE APARECIDA DE SOUSA DA SILVA PILEGE**

Endereço de Atendimento: **RUA GUIAPO, Nº 214**

Cidade: **SARANDI** UF: **PR** CEP: **87111-120**

Telefone Comercial com DDD: **44999045501** Celular com DDD: Telefone Plantão com DDD:

CRO Clínica: **7929** UF CRO: **PR** Optante pelo Simples Nacional:

CNPJ: **47427961000140** CNES:

CPF: **078.448.939-40** RG:

Complemento: Bairro: **CENTRO**

Recursos de Acessibilidade: Emergência Horário Comercial: Emergência Plantão:

E-mail: **ODONTOLOGIAPILEGE@GMAIL.COM**

Horários de Atendimento

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

Especificar: **seg a sex.: 08:00 as 19:00hrs**

Dados Financeiros

Nome do Banco: **BRADESCO** Agência: **3294** Conta Corrente: **00186635**

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; 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 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.

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Sarandi, 22 de Outubro de 2015

Aline Pilege
Dra. Aline Pilege
Cirurgiã Dentista
CRO: 30190

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Nome: ALINE APARECIDA DE S DA S PILEGE

CPF: 078.448.939-40