

Multiplicador **0,30**

Razão Social **ALLUME SAÚDE INTEGRADA LTDA** CRO Clínica **4935** UF CRO **SC** ☒ Optante pelo Simples Nacional

Nome Fantasia **ALLUME SAÚDE INTEGRADA** CNPJ **49.179.398/0001-29** CNES **5856140**

Nome completo do Representante Legal **LUANA WESTPHAL** CPF **097.941.969-78** RG **5052944**

Endereço de Atendimento **RUA MENINO DEUS 63** Complemento **BAIA SUL MEDICAL C. CENTRO** Bairro **CENTRO**

Cidade **FLORIANO POLIS** UF **SC** CEP **88010-400** ☒ Recursos de Acessibilidade ☒ Emergência Horário Comercial ☐ Emergência Plantão

Telefone Comercial com DDD **(48) 3307-9146** Celular com DDD **(48) 99127-8766** Telefone Plantão com DDD E-mail **ALLUME.SAUDE@GMAIL.COM**

Horários de Atendimento

☒ Comercial ☒ Estendido, após as 18 horas ☐ 24 horas ☐ Sábados ☐ Domingos ☐ Feriados Especificar **Das 09:00 AS 20:00**

Dados Financeiros

Nome do Banco **290 - PAG BANK** Agência **0001** Conta Corrente **59620205-1**

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; d) 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.

FLORIANO POLIS, de Outubro de 2025

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Dra. Luana Westphal
CRO-SC 18040

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Paula S. Luana Westphal

Nome: **Paula Felipe Luana Westphal**

CPF: **31.636.363-00**