

Razão Social		CRD Clínica	UF CRD	Multiplicador
62.519.678 LTDA		2840	PE	0.30
Nome Fantasia		CNPJ	☒ Optante pelo Simples Nacional CNES	
CLINICA BELO SORRISO		62.519.678/0001-32		
Nome completo do Representante Legal		CPF	RG	
JOMARA LAENY FERREIRA VIEIRA		075.784.334-40	7.086.583 PE	
Endereço de Atendimento		Complemento	Bairro	
RUA EMILIANO RIBEIRO, 167		LOJA 1	PRAZERES	
Cidade	UF	CEP		
JABOATÃO DOS GUARARAPES	PE	54310-250		
Telefone Comercial com DDD	Telefone com DDD	Telefone Plantão com DDD	E-mail	
8199777-1904	8199802-3501		CLINICABELOSORRISO13@EMAIL.COM	

Horários de Atendimento

☒ Comercial	☐ Estendido, mais de 18 horas	☐ 24 horas	☒ Sábado	☐ Domingo	☐ Feriados	Especificar
						SEGUNDA FEIRA A SEXTA FEIRA 08:30 -

Dados Financeiros

Nome do Banco	Agência	Conta Corrente
NUBANK	0001	698874568-0

Pelo presente TERMO DE ADESAO, 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 e planilhas exigidos e mantê-los permanentemente 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 ADESAO; 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 enumerados 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 oferecidos aos seus pacientes particulares ou de outros convênios, sem qualquer tipo de discriminação, sob pena de descredenciamento sumário; 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 ADESAO 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 585505. 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.

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 17 de SETEMBRO de 2025

OdontoLife Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.269-74

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Dra. Gabriela Costa
Cirurgiã-Dentista
CRO/PE 16208

Nome: JOMARA LAENY FERREIRA VIEIRA

CPF: 075.784.334-40