

		Multiplicador	
		<input type="text" value="0,30"/>	
Razão Social	<input type="text"/>	CRO Clínica	UF CRO
Nome Fantasia	<input type="text"/>	CNPJ	<input type="text"/>
Nome completo do Representante Legal	<input type="text"/>	CPF	RG
Endereço de Atendimento	<input type="text"/>	Complemento	Bairro
Cidade	UF	CEP	<input type="text"/>
Telefone Comercial com DDD	Celular com DDD	Telefone Plantão com DDD	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Recursos de acessibilidade			

Horários de Atendimento

<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Estendido, após as 18 horas	<input type="checkbox"/> 24 horas por ordem de chegada	<input type="checkbox"/> 24 horas por sobreaviso	<input type="checkbox"/> Sábados	<input type="checkbox"/> Domingos	<input type="checkbox"/> Feriados	Especificar <input type="text"/>
------------------------------------	--	--	--	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Dados Financeiros

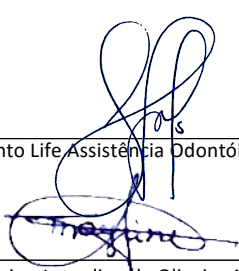
Nome do Banco	Agência	Conta Corrente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

<hr/>	
	<hr/>
Odonto Life Assistência Odontológica Ltda	Assinatura/Carimbo do Credenciado
<hr/>	<hr/>
Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade	Nome: <input type="text"/>
CPF: 069.334.289-74	CPF: <input type="text"/>