

Multiplicador
0,30

Razão Social: Bella Marica Centro de Estética e Bem-estar LTDA
Nome Fantasia: Bella Marica
Nome completo do Representante Legal: Paulina Vasconcelos Arashiro
Endereço de Atendimento: Dr. Paulista, 2001
Cidade: São Paulo
UF: SP
CEP: 01311-931
DDD + Fixo Comercial: 11 946853029
DDD + Celular Comercial: 11 946853029
DDD + Plantão Comercial:
CRO Clínica: 033214
UF CRO: SP
CNPJ: 08.501.808/0001-97
CPF: 1702970402
RG: 50312874-9
Complemento: sala 22
Bairro: Bela vista
Recursos de Acessibilidade: ☐ Emergência Horário Comercial: ☐ Emergência Plantão: ☐
E-mail: bella.marica.sp@gmail.com

Horários de Atendimento

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

Dados Financeiros

Nome do Banco: Itaú
Agência: 10056
Conta Corrente: 99470-0

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 Credenciamento 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 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 ADESAO, 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 Credenciamento 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 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 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.

Cristina Lins Junior
118.962.358-75

[Assinatura]

26 de 08 de 24

OdontoLife Assistência Odontológica Ltda

Letícia Vasconcelos Arashiro
Cirurgiã - Dentista
CRM-SP 147741

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade
CPF: 069.334.289-74

Nome: Paulina Arashiro
CPF: 1702970402