

Multiplicador: 0,30

Razão Social: _____ CRO Clínica: _____ UF CRO: _____ Optante pelo Simples Nacional: ☐

Nome Fantasia: Odonto Saúde CNPJ: 33.015.163/0001-21 CNES: 0406822

Nome completo do Representante Legal: Kellim Caldas de Souza CPF: 112.862.746-05 RG: 11.739.505

Endereço de Atendimento: Rua Hener Barbato Complemento: Edif. 101. Lj. 2 Bairro: Gloria

Cidade: Vila Velha UF: ES CEP: 29122530 Recursos de Acessibilidade: ☐ Emergência Horário Comercial: ☐ Emergência Plantão: ☐

Telefone Comercial com DDD: 27 3031-6490 Celular com DDD: 27 99910-1574 Telefone Plantão com DDD: _____ E-mail: Odontosaudegloria@gmail.com

Horários de Atendimento

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

Dados Financeiros

Nome do Banco: Banco Inter Agência: 0001 Conta Corrente: 8440549-0

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.

Vila Velha, 25 de maio de 2023

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Nome: _____

CPF: _____

Dr. Kellim Caldas
Cirurgião Dentista
CRO-ES 7804