

INSTRUMENTO CONTRATUAL DE PRÉ-CREDENCIAMENTO ODONTOLÓGICO
PESSOA FÍSICA

OPERADORA: LIFE EMPRESARIAL SAÚDE LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob o nº 04.558.034/0001-57, registrada na Agência Nacional de Saúde sob o nº 41449-2, sediada na Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, na Avenida Indianópolis, nº 1597, Bairro Indianópolis, CEP 04063-003, por seu representante, ao final assinado;

PRESTADOR: _____, devidamente qualificado no ANEXO I, parte integrante do presente Instrumento Contratual.

As partes resolvem, entre si, firmar o presente Instrumento de Pré-Credenciamento Odontológico, conforme termos e condições a seguir estabelecidas:

1. A **OPERADORA** comercializa planos médicos e odontológicos e, conseqüentemente, possui rede de prestadores relacionada no Manual de Credenciados, apta para atendimento de seus beneficiários;
2. O **PRESTADOR** será incluído neste Manual de Credenciados, passando a atender os beneficiários da **OPERADORA** imediatamente após a assinatura do presente Termo;
3. O **PRESTADOR** está efetivamente autorizado a prestar atendimento aos beneficiários da **OPERADORA**, prestando os serviços discriminados no Anexo I;
4. Pelos serviços prestados aos beneficiários da **OPERADORA** o **PRESTADOR** será remunerado conforme condições dispostas no Anexo I. De modo que, o faturamento deverá ser entregue pelo **PRESTADOR**, de acordo com o cronograma enviado, para que o pagamento seja realizado pela **OPERADORA** no dia 15 (quinze) do mês subsequente ao do efetivo recebimento das faturas;
5. O presente instrumento terá validade de 90 (noventa) dias, a contar da data de sua assinatura, sendo vedada sua renovação.
6. As partes se comprometem a assinar o efetivo Contrato de Prestação de Serviços em Odontologia, que contemplará todas as regras e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar até a data de vencimento deste Termo, conforme estabelecido no item 5;

7. Até a data de assinatura do efetivo Contrato, o **PRESTADOR** deverá apresentar à **OPERADORA** todos os documentos constantes do ANEXO II, caso contrário o efetivo Contrato de Prestação de Serviços em Odontologia não será firmado pelas partes;
8. O Contrato de Prestação de Serviços em Odontologia a ser firmado entre as partes aplica-se desde já, no intuito de suprir qualquer lacuna ou omissão constante no presente Instrumento de Pré-Credenciamento Odontológico.

E por estarem assim, justos e acertados, firmam o presente Instrumento Contratual, em duas vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

OPERADORA
(Assinatura e Carimbo)

PRESTADOR
(Assinatura e Carimbo)

Testemunhas:

Nome:
RG:
CPF:

Nome:
RG:
CPF:

ANEXO I – CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATAÇÃO

I – Identificação da Contratada		
Nome:		
CPF/MF:	CNES:	
RG:	CRO:	UF:
Inscrição Municipal:	INSS/PIS:	
Endereço da Sede:		
Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:

II – Locais e Horários da Prestação dos Serviços		
Endereço:		
Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone:	Fax:	
E-mail:		
Horário de Atendimento:		
OBS.: Caso possua mais endereços de atendimento, anexar relação.		

III – Serviços Oferecidos			
	Anatomia Patológica		Prevenção
	Cirurgia		Odontologia Preventiva
	Dentística		Odontopediatria
	Diagnóstico		Odontogeriatrics
	Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial		Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais
	Endodontia		Periodontia
	Estética		Prótese Dentária
	Estomatologia		Radiologia / Centro Radiográfico
	Imagemologia Dento Maxilo Facial		Clinico Geral
	Implantodontia*		Ortodontia*
*Para as especialidades de Ortodontia e Implantodontia, é necessário xerox do Título de Especialista			

IV – Forma de Atendimento			
	Emergência Pronto Socorro – 24 hs		Atendimento com Hora Marcada
	Após 18 hs		Sábados

V – Dados Bancários			
Banco:		Nome da Agência:	
Nº da Agência:		Nº Conta Corrente:	
Responsável pelo Faturamento:			

VI – Valor da Unidade de Serviços Odontológicos (U.S.O)

São Paulo, ____ de _____ de _____.

OPERADORA
(Assinatura e Carimbo)

PRESTADOR
(Assinatura e Carimbo)

Testemunhas:

Nome:
RG:
CPF:

Nome:
RG:
CPF:

ANEXO II – RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO ODONTOLÓGICO

PESSOA FÍSICA

- 1.** Inscrição Municipal de Autônomo;
- 2.** Inscrição de Contribuinte perante o INSS;
- 3.** CNES;
- 4.** Alvará de Funcionamento emitido pela Prefeitura Municipal;
- 5.** Autorização Sanitária de Funcionamento;
- 6.** CRO;
- 7.** Diploma;
- 8.** Título de Especialista;
- 9.** Curriculum;
- 10.** Cópia do Cheque ou Extrato Bancário da Pessoa Física.

Observações:

- 1.** Os documentos deverão ser encaminhados, frente e verso, em cópia simples e legível. Caso haja necessidade de cópias autenticadas, a Operadora solicitará expressamente;
- 2.** A Operadora reserva-se no direito de solicitar documentos adicionais, se houver necessidade.
- 3.** Para alteração de pessoa física para jurídica, deve-se apresentar os mesmos documentos necessários para credenciamento de pessoa jurídica.