

INSTRUMENTO CONTRATUAL DE PRÉ-CREDENCIAMENTO ODONTOLÓGICO
PESSOA JURÍDICA

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		
Razão Social:		
Nome Fantasia:		
CNPJ:	CNES:	
CRO da Empresa:	CCM:	
Endereço da Sede:		
Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:
Representante Legal conforme Contrato Social:		
CPF/MF:	RG n°:	
Responsável Técnico:	CRO:	
CPF/MF:	RG n°:	

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 Temporo - mandibular e Dor Orofacial	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais
Endodontia	Periodontia
Estética	Prótese Dentária
Estomatologia	Radiologia / Centro Radiográfico
Imagenologia 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 JURÍDICA

1. Contrato Social ou última alteração consolidada, Estatuto Social ou Ata;
2. CNPJ;
3. Certificado da Empresa no CRO;
4. CNES;
5. CCM;
6. Alvará de Funcionamento emitido pela Prefeitura Municipal;
7. Autorização Sanitária de Funcionamento;
8. Dados do Responsável Técnico:
 - ✓ CRO;
 - ✓ Diploma;
 - ✓ Título de Especialista;
 - ✓ Curriculum;
9. Relação do Corpo Clínico contendo nome, CRO e especialidades;
10. Cópia de Cheque ou Extrato Bancário da Pessoa Jurídica.

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 credenciamento de filiais deverá ser apresentado a mesma relação de documentos em nome das filiais, inclusive o contrato social ou alteração contratual em que conste a existência das mesmas.