

|                                                                                                                                                        |                         |                         |                                      |                               |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|---------------|
| Razão Social                                                                                                                                           |                         | CRO Clínica             |                                      | UF CRO                        | Multiplicador |
| STELAS ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA                                                                                                                      |                         | ***                     |                                      | SP                            | 0,30          |
| Nome Fantasia                                                                                                                                          |                         | CNPJ                    |                                      | Optante pelo Simples Nacional |               |
| STELAS ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA                                                                                                                      |                         | 56.203.166/0001-60      |                                      | ***                           |               |
| Nome completo do Representante Legal                                                                                                                   |                         | CPF                     |                                      | RG                            |               |
| STEFANIE MARIA DA SILVA COVER                                                                                                                          |                         | 417.951.678-07          |                                      | 483097895                     |               |
| Endereço de Atendimento                                                                                                                                |                         | Complemento             |                                      | Bairro                        |               |
| R ELISABETTA LIPS 226                                                                                                                                  |                         | **                      |                                      | JARDIM BONTEMPO               |               |
| Cidade                                                                                                                                                 | UF                      | CEP                     |                                      |                               |               |
| TABOAO DA SERRA                                                                                                                                        | SP                      | 06.763-190              |                                      |                               |               |
| DDD + Fixo Comercial                                                                                                                                   | DDD + Celular Comercial | DDD + Plantão Comercial | E-mail                               |                               |               |
| (11) 93771-2185                                                                                                                                        | (11) 93771-2185         |                         | stefaniemariadasilvaodonto@gmail.com |                               |               |
| <input type="checkbox"/> Recursos de Acessoibilidade <input type="checkbox"/> Emergência Horário Comercial <input type="checkbox"/> Emergência Plantão |                         |                         |                                      |                               |               |

Horários de Atendimento

|                                    |                                                      |                                   |                                  |                                   |                                   |                                |
|------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comercial | <input type="checkbox"/> Estendido, após as 18 horas | <input type="checkbox"/> 24 horas | <input type="checkbox"/> Sábados | <input type="checkbox"/> Domingos | <input type="checkbox"/> Feriados | Especificar                    |
|                                    |                                                      |                                   |                                  |                                   |                                   | segunda a sexta 09:00 as 18:00 |

Dados Financeiros

|                 |         |                |
|-----------------|---------|----------------|
| Nome do Banco   | Agência | Conta Corrente |
| BANCO DO BRASIL | 322-0   | 82317-1        |

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; c) 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.

Ativo!

Steles Odontologia Integrada  
CRO 033556  
(11) 93771-2185

TABOAO DA SERRA SP, 23 de OUTUBRO de 2025

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Dra. Stefanie Maria  
Cirurgiã Dentista  
CRO 141540

Nome: STEFANIE MARIA DA SILVA COVER

CPF: 417.951.678-07