

|                               |                 |                          |                                                     |        |                                                       |              |
|-------------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------|--------------|
| Nome Completo do Credenciado  |                 |                          | Naturalidade                                        |        | UF                                                    | Estado Civil |
| Victoria Sousa Carneiro Reis  |                 |                          | Wenceslau Guimarães                                 |        | BA                                                    | União Est    |
| CPF                           | RG              | PIS/NIT                  | Data de Nascimento                                  | CRO    | UF CRO                                                | CNES         |
| 06619086586                   | 2051924597      | 136.98429.08-9           | 02/05/1996                                          | 51.101 | RJ                                                    | 4771397      |
| Endereço de Atendimento       |                 |                          | Complemento                                         |        | Bairro                                                |              |
| Boulevard 28 de Setembro, 389 |                 |                          | Sala 509                                            |        | Vila ISabel                                           |              |
| Cidade                        | UF              | CEP                      | <input type="checkbox"/> Recursos de Acessibilidade |        | <input type="checkbox"/> Emergência Horário Comerical |              |
| Rio de Janeiro                | RJ              | 20551185                 | <input type="checkbox"/> Emergência Plantão         |        |                                                       |              |
| Telefone Comercial com DDD    | Celular com DDD | Telefone Plantão com DDD | E-mail                                              |        |                                                       |              |
| (21) 2148-3714                | (21) 2148- 714  | (21) 2148-3714           | reisvictoria2@gmail.com                             |        |                                                       |              |

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

|                              | Sim                                 | Especialista                        |                                                       | Sim                                 | Especialista                        |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Divulgar como clínico geral  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Odontopediatria                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Dentística Restauradora      | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais |                                     |                                     |
| Endodontia                   |                                     |                                     | Odontogeriatría                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Periodontia                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | Ortopedia Funcional dos Maxilares                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Cirurgia e Traumatologia BMF |                                     |                                     | Patologia Bucal                                       |                                     |                                     |
| Prótese Dentária             |                                     |                                     | Prótese Buco-Maxilo-Facial                            |                                     |                                     |
| Implantodontia               |                                     |                                     | Estomatologia                                         |                                     |                                     |
| Ortodontia                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | DTM e Dor-Orofacial                                   |                                     |                                     |
| Radiologia Odontológica      |                                     |                                     |                                                       |                                     |                                     |

Horários de Atendimento

|                                               |                                                      |                                   |                                  |                                   |                                   |                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| <input checked="" 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    |
|                                               |                                                      |                                   |                                  |                                   |                                   | 09:00 às 18:00 |

Dados Financeiros

|                 |         |                |
|-----------------|---------|----------------|
| Nome do Banco   | Agência | Conta Corrente |
| Banco do Brasil | 0846-X  | 25263-8        |

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.

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2025

Odonto Life Assistência Odontológica Ltda

Thayriné Jaqueline de Oliveira Andrade

CPF: 069.334.289-74

Assinatura/Carimbo do Credenciado

Nome: Victoria Sousa Carneiro Reis

CPF: 066.190.865-86