

|                              |    |                 |                          |                            |        |                              |  |
|------------------------------|----|-----------------|--------------------------|----------------------------|--------|------------------------------|--|
|                              |    |                 |                          | Multiplicador              |        |                              |  |
| Nome Completo do Credenciado |    |                 | Naturalidade             |                            | UF     | Estado Civil                 |  |
| CPF                          | RG | PIS/NIT         | Data de Nascimento       | CRO                        | UF CRO | CNES                         |  |
| Endereço de Atendimento      |    |                 | Complemento              |                            | Bairro |                              |  |
| Cidade                       |    | UF              | CEP                      | Recursos de Acessibilidade |        | Emergência Horário Comercial |  |
| Telefone Comercial com DDD   |    | Celular com DDD | Telefone Plantão com DDD |                            | E-mail | Emergência Plantão           |  |

Áreas da Odontologia em que atuará para a Odontolife

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

Horários de Atendimento

|           |                             |          |         |          |          |             |
|-----------|-----------------------------|----------|---------|----------|----------|-------------|
| Comercial | Estendido, após as 18 horas | 24 horas | Sábados | Domingos | Feriados | Especificar |
|-----------|-----------------------------|----------|---------|----------|----------|-------------|

Dados Financeiros

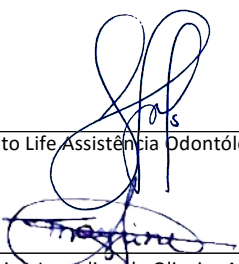
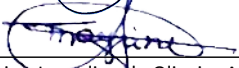
|               |         |                |
|---------------|---------|----------------|
| Nome do Banco | Agência | Conta Corrente |
|---------------|---------|----------------|

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.

|                                                                                     |  |                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
|                                                                                     |  | , de de                           |  |
|  |  | Assinatura/Carimbo do Credenciado |  |
| Odonto Life Assistência Odontológica Ltda                                           |  |                                   |  |
|  |  | Nome:                             |  |
| Thayrine Jaqueline de Oliveira Andrade                                              |  | CPF:                              |  |
| CPF: 069.334.289-74                                                                 |  |                                   |  |