

TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE
DISPENSA DO TREINAMENTO

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) , **Érico Furtado Matsushita** portador do CRO **136545** , UF **SP** me responsabilizo em atuar diretamente com o sistema de liberação on- line e declaro que estou ciente de que todos os exames, atos e tratamentos deverão ser submetidos à liberação online conforme instruções contidas no Manual do Credenciado Odontolife.

Afirmo estar ciente de que receberei as credenciais (login e senha) para acesso exclusivo ao site www.odontolifeodontologia.com.br após a assinatura deste termo e declaro que sou responsável pela segurança destas informações bem como pelas ações que realizar no sistema de liberações

Declaro que recusei o treinamento para a correta utilização do sistema de liberação on-line, pois já possuo conhecimento suficiente para manusear o sistema.

Jacareí

Cidade

17 de

Dia

JUNHO

Mês

de 20 **25** .

Ano

Assinatura