

## TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE DISPENSA DO TREINAMENTO

Data: 18 / 09 / 2025

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, **Dr.(a)** Felipe Silva Santos, portador do **CRO** 121.523 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](http://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.

São Vicente , 18 de 09 2025  
Cidade/UF Dia Mês Ano

Felipe Silva Santos  
**CRO 121523**

Assinatura e Carimbo

ANS - N° 304484

Kamila  
Consultor Responsável