

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE DISPENSA DO TREINAMENTO

Data: 12 / 11 / 2024 .

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, **Dr.(a)** LARISSA NAZAR BENTO,
portador do **CRO** 70362 MG 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.

CONTAGEM MG 12 de 11 2024
Cidade/UF Dia Mês Ano

Larissa Nazar Bento
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 70362

Assinatura e Carimbo

ANS - Nº 304484

Ketlyn
Consultor Responsável