

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

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, **Dr.(a)** \_\_\_\_\_, portador do **CRO** \_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_  
Cidade/UF Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo**

ANS - N° 304484

Duany  
Consultor Responsável