

**DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE
DISPENSA DO TREINAMENTO**

ento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento*
GABRIELA REBELO, portador do
_____ me responsabilizo em atuar diretamente com o sistema de liberação
stou ciente de que todos os exames, atos e tratamentos deverão ser
o online conforme instruções contidas no *Manual do Credenciado*

que receberei as credenciais (login e senha) para acesso exclusivo ao site
logia.com.br após a assinatura deste termo e declaro que sou
ança destas informações bem como pelas ações que realizar no sistema

o treinamento para a correta utilização do sistema de liberação
o conhecimento suficiente para manusear o sistema.

MBORIC, 02 de MARÇO de 20 22.
Dia Mês Ano

Gabriela Rebelo

Assinatura



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) GABRIELA REBELO, portador do CRO 11357, UF SC 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.

BALNEARIO CAMBORIV 02 de MARÇO de 20 22
Cidade Dia Mês Ano

Gabriela Rebelo

Assinatura

Alyne
Consultora Responsável

ANS - Nº 304484

Nome Completo do Profissional: BARBARA FROZZA Naturalidade: MARAU UF: RS

CPF: 035.043.370-44 RG: Data de Nascimento: 06-06-1997 CRO: 19454 UF CRO: SC Estado civil: SOLTEIRA

DDD: 54 Celular: 99673-2679 E-mail: BARBARA.FROZZA@HOTMAIL.COM Responsável Técnico da Clínica:

Obrigatório o fornecimento dos dados pessoais para cadastro a base, considerando a segurança do prestador, beneficiário e operadora perante órgão regentes e fiscais.

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	☐	☐	Odontogeriatria	☐	☐
Periodontia	☐	☐	Ortopedia Funcional dos Maxilares	☐	☐
Cirurgia e Traumatologia BMF	☒	☐	Patologia Bucal	☐	☐
Prótese Dentária	☐	☐	Prótese Buco-Maxilo-Facial	☐	☐
Implantodontia	☐	☐	Estomatologia	☐	☐
Ortodontia	☐	☐	DTM e Dor-Orofacial	☐	☐

Nome Completo do Profissional: FERNANDA CORREA DE BARRELOS SANT'ANNA Naturalidade: NITEROI UF: RJ

CPF: 061.054.099-09 RG: 3.580-800 Data de Nascimento: 31-05-1987 CRO: 11371 UF CRO: SC Estado Civil: SOLTEIRA

DDD: 47 celular: 99944-6688 E-mail: FERNANDACBSANTANNA@GMAIL.COM

Obrigatório o fornecimento dos dados pessoais para cadastro a base, considerando a segurança do prestador, beneficiário e operadora perante órgão regentes e fiscais.

Áreas da Odontologia que atenderá para a Odontolife

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

Nome Completo do Profissional GABRIELA REBELO Naturalidade PASSO FUNDO UF RS

CPF 066.359.219-32 RG 5323.585 Data de Nascimento 25-09-1988 CRO 11352 UF CRO SC Estado civil SOLTEIRA

DDD 47 Celular 99602-1106 E-mail gab-rebels@hotmail.com Responsável Técnico da Clínica ☒

Obrigatório o fornecimento dos dados pessoais para cadastro a base, considerando a segurança do prestador, beneficiário e operadora perante órgão regentes e fiscais.

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	☐	☐

Nome Completo do Profissional _____ Naturalidade _____ UF _____

CPF _____ RG _____ Data de Nascimento _____ CRO _____ UF CRO _____ Estado Civil _____

DDD _____ celular _____ E-mail _____

Obrigatório o fornecimento dos dados pessoais para cadastro a base, considerando a segurança do prestador, beneficiário e operadora perante órgão regentes e fiscais.

Áreas da Odontologia que atenderá para a Odontolife

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	☐	☐