

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE DISPENSA DO TREINAMENTO

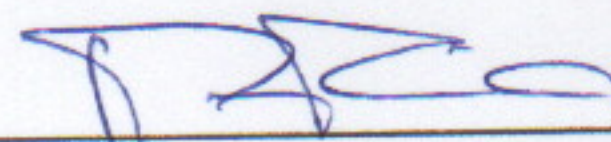
Data: 25 / 11 / 2024.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, **Dr.(a) Leandro Pinto de Faria** portador do **CRO 58.167/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.

Piiz de Faria _____ 25 de 11 2024
Cidade/UF Dia Mês Ano


Assinatura e Carimbo

Dr. Leandro Pinto de Faria
C. DENTISTA / PSICÓLOGO
CRO-MG 58.167
CRP-04/17.152

ANS - N° 304484

Augusto Condello
Consultor Responsável