

**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) JULIANA CRISTINA KASPERS VILA, portador do CRO 2843, UF AM 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.

MANAUS _____, 21 de maio de 20 22.
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura

Juliana Kaspers Vila
Dentista-Ortodontista
CRO-AM 2843