

**TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE**

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu, Dr.(a) Aline Kottwitz, 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 ter recebido as credenciais (login e senha) para acesso exclusivo ao site [www.odontolifeodontologia.com.br](http://www.odontolifeodontologia.com.br) e declaro que sou responsável pela segurança destas informações bem como pelas ações que realizar no sistema de liberações.

Eu Aline Kottwitz declaro ter recebido o treinamento em 01/03/21 para a correta utilização do sistema de liberação on-line.

Por fim, avalio o treinamento recebido com nota 10 (em que 0 é insatisfeito e 10 satisfeito)? Caso queira, utilize o espaço abaixo para sugestões.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Porto Velho/RO, 01 de março de 2021.

Aline Kottwitz  
Assinatura

**Dr. Aline Kottwitz**  
Cirurgiã Dentista  
CRD - 3134

