

**TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE**

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu, Dr.(a) Alief Gommers Araújo,  
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 Alief Gommers Araújo declaro ter  
recebido o treinamento em 06 / 04 / 2021, 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.

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

Belo Horizonte, 06 de Abril de 20 21.

Alief Gommers Araújo  
Assinatura