

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu,
Dr.(a) João Gabriel Cardoso Matos,
portador do CRO BA24260 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.

Como representante neste treinamento, eu, João Gabriel Cardoso Matos declaro tê-lo
recebido em 07/12/23, para a correta utilização do sistema de liberação on-line, visto os conteúdos
apresentados abaixo:

- Apresentação do site.
- Regras Técnicas.
- Como lançar guias.
- Status das guias e Validação de Token.
- Informações e preenchimento de Guias (campos 5, 7, 40, 42, 50, 51 e 52).
- Ato Complementar.
- Cobrança de atos Cobertos
- Negativa de Atendimento
- Aplicativo Odontolife.
- Produção e Faturamento (Cronograma e Entrega de Produção).

Ministrante: Leticia

		MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO
MINISTRANTE	DIDATICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SEQUENCIA LÓGICA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TREINAMENTO	PERÍODO DE TREINAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MATERIAL DA APRESENTAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FUNCIONALIDADE DO SISTEMA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações: _____

Itabuna, Bahia, 07 de dezembro de 2023.
Cidade/UF _____ Mês _____ Ano _____
João Gabriel C. Matos _____ Assinatura
Dr. João Gabriel C. Matos
Cirurgião-Dentista
CRO BA 24260



Marcos
Consultor Responsável