

## TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 09/09/2024

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr(a) Maria Aparecida Silva Oliveira, portador do CRM 134186, 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 a 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](http://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 Maria Aparecida Silva Oliveira, declaro tê-lo recebido, 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).
- Atos Complementares.
- Cobrança de atos Cobertos.
- Negativa de Atendimento.
- Aplicativos Odontolife.
- Produção e Faturamento (Cronograma e Entrega de Produção).

**Ministrante: Maria Luisa**

|             |                           | SATISFEITO                       | SATISFEITO            | INSATISFEITO          | INSATISFEITO          |
|-------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| MINISTRANTE | DIDÁTICA                  | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|             | SEQUÊNCIA LÓGICA          | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| TREINAMENTO | PERÍODO DE TREINAMENTO    | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|             | MATERIAL DA APRESENTAÇÃO  | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|             | FUNCIONALIDADE DO SISTEMA | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

São Paulo

Cidade/UF

09

dia

de Setembro 2024

Mês

Ano

Dr. Maria Ap. Oliveira  
Especialista em  
Ortodontia - CRM 134186

Assinatura e Carimbo