

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 19/07/2024.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) Dra. Lúcia Diógenes Silla, portador do CRO 0930 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 Dra. Lúcia Diógenes Silla, 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).
- 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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	SEQUENCIA 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"/>

JOAO Ferreira 19 de Julho 2024
 Cidade/UF Dia Mês Ano

Dra. Ana Diógenes
 Cirurgião Dentista
 Assinatura e Carimbo

Kamila
 Consultor Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 19/07/2024.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) Dra. Isabela Diógenes Silla, portador do CRO 0930 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.

Afirma estar ciente de que receberá 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 Dra. Isabela Diógenes Silla 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).
- 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
DIDATICA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEQUENCIA LÓGICA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>

José Ferreira, 19 de Julho 2024
Cidade/UF Dia Mês Ano

Dra. Ana Diógenes
Cirurgião Dentista
Assinatura e Carimbo

Kamila
Consutor Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 19/07/2024.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) Dra. Lúcia Silveira Senna, portador do CRO 0930 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 Dra. Lúcia Silveira Senna 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).
- Ato Complementar.
- Cobrança de atos Cobertos
- Negativa de Atendimento
- Aplicativo Odontolife.
- Produção e Faturamento (Cronograma e Entrega de Produção).

Ministrante: Leticia

MINISTRANTE	TREINAMENTO		MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO
	DIDATICA		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	SEQUENCIA LÓGICA		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	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"/>

Joaão Ferreira Cidade/UF _____ Dia 19 de Julho 2024
Mês _____ Ano _____

Dra. Ana Diógenes
Cirurgião Dentista
Assinatura e Carimbo

Kamila
Consultor Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 19/07/2024.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) Dra. Lúcia Silveira Silla, portador do CRO 0930 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 Dra. Lúcia Silveira Silla 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).
- Ato Complementar.
- Cobrança de atos Cobertos
- Negativa de Atendimento
- Aplicativo Odontolife.
- Produção e Faturamento (Cronograma e Entrega de Produção).

Ministrante: Leticia

MINISTRANTE	TREINAMENTO	MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO
		○	○	○	○
	DIDATICA	○	○	○	○
	SEQUENCIA LÓGICA	○	○	○	○
	PERÍODO DE TREINAMENTO	○	○	○	○
	MATERIAL DA APRESENTAÇÃO	○	○	○	○
	FUNCIONALIDADE DO SISTEMA	○	○	○	○

Jean Ferreira 19 de Julho 2024
Cidade/UF: _____ Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____

Dra. Ana Diógenes
Cirurgião Dentista
Assinatura: Carimbo

Kamila
Consutor Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 19/07/2024.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) Dra. Paula Almoguera Silla, portador do CRO 0930 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*.

Afirmação de responsabilidade: Submetidos à liberação online conforme instruções comprovadas no site www.odontolifeodontologia.com.br, declaro que sou responsável pelas ações realizadas no sistema de liberações.

Como representante neste treinamento, eu *Maria Paula Murguia Lima*, 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).
 - Ato Complementar.
 - Cobrança de atos Cobertos
 - Negativa de Atendimento
 - Aplicativo Odontolife.
 - Produção e Faturamento (Cronograma e Entrega de Produção).

Ministrante: Leticia

		Ministrante. Letícia			
		MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	INSATISFEITO
MINISTRANTE	DIDATICA				
	SEQUENCIA LÓGICA				
TREINAMENTO	PERIODO DE TREINAMENTO				
	MATERIAL DA APRESENTAÇÃO				
FUNCIONALIDADE DO SISTEMA					

João Ferreira
Cidade/UF

19 de Julho 2024
Mês Ano

~~Dra. Ana Diógenes
Cirurgião Dentista
Assinatura e Carimbo~~

Kamila Consutor Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 19/07/2024.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) Dra Leticia Diógenes Silva, portador do CRO 8930 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 Dra Leticia Diógenes Silva, 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).
- Ato Complementar.
- Cobrança de atos Cobertos
- Negativa de Atendimento
- Aplicativo Odontolife.
- Produção e Faturamento (Cronograma e Entrega de Produção).

Ministrante: **Leticia**

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

JOOO Ferraa , 19 de Julho 2024
 Cidade/UF Dia Mês Ano

Dra. Ana Diógenes
 Cirurgião Dentista
 Assinatura e Carimbo

Kamila
 Consultor Responsável