

Exibir resultados

Entrevistado

56

Anônima

02:13

Tempo para
concluir

Nome Completo: *

Roberta Queiroz da Silva

CRO/UF: *

50672

Nome Completo do Participante: *

Roberta Queiroz da Silva

Cidade e Estado: *

Rio de janeiro RJ

Data: *

14/10/2025



Termo de Responsabilidade

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do **Contrato de Credenciamento Odontolife** 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, 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).

Avalie o Treinamento: *



Avalie o Ministrante do Treinamento: *



Deixe aqui sua observação: *

Por enquanto sem sugestões.

Afirmo estar ciente e de acordo com os tópicos desse termo: *

Afirmo