



TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 11/06/2024.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) Elverson Luís Moura Sosse portador do **CRO** RS 24 177 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.

Afirmao 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 **Elverson Lúcio Marques Sosse**
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: Maria Luisa

| | | MUITO SATISFEITO | SATISFEITO | INSATISFEITO | MUITO INSATISFEITO |
|-------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| MINISTRANTE | DIDATICA | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | SEQUENCIA LÓGICA | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| TREINAMENTO | PERIODO DE TREINAMENTO | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | MATERIAL DA APRESENTAÇÃO | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| SISTEMA | FUNCIONALIDADE DO SISTEMA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | APRESENTAÇÃO | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Porto Alegre 11 de Junho 2024

Cidade/UFRJ

Dia

Mês

Ans

José - José S.
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Dr. Éberson Luis Marques Sasso
Cirurgião Dentista
CRO/RS 24177

Alyne

Consutor Responsável