

TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 21 / 02 / 2025.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, **Dr.(a)** Raquel do Oliveira Gonçalves, portador do **CRO** 15204 - DF 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.

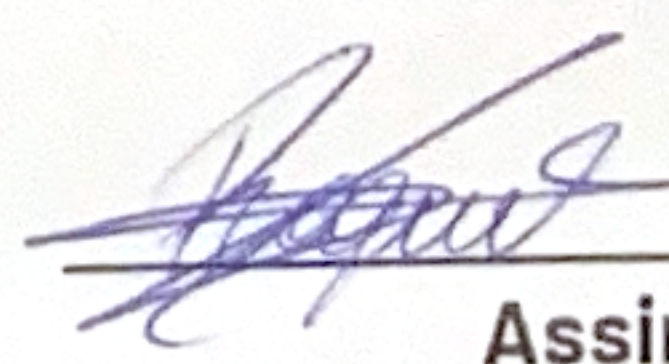
Como representante neste treinamento, eu _____, declaro tê-lo recebido, para a correta utilização do sistema de liberação on-line, visto os conteúdos apresentados abaixo:

- 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	DIDÁTICA	☒	☐	☐	☐
	SEQUENCIA LÓGICA	☒	☐	☐	☐
TREINAMENTO	PERÍODO DE TREINAMENTO	☒	☐	☐	☐
	MATERIAL DA APRESENTAÇÃO	☐	☒	☐	☐
	FUNCIONALIDADE DO SISTEMA	☐	☒	☐	☐

Brasília - DF, 21 de março 2025
Cidade/UF Dia Mês Ano


Dra. Raquel Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO DF 15204
Assinatura e Carimbo

Renato
Consultor Responsável