

Exibir resultados

Entrevistado

9

Anônima

03:32

Tempo para
concluir

Nome Completo: *

CASSANDRA SUELY ALMEIDA

CRO/UF: *

1207 PB

Nome Completo do Participante: *

FABIOLA SOARES SILVA

Cidade e Estado: *

CAMPINA GRANDE PB

Data: *

07/10/2025



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:*

- * 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: *

TREINAMENTO COM EXELENCIA MAIS QUE GEROU ALGUMAS DUVIDAS

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

SIM