

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Pelo presente Instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) HELIK GHIZZI DA SILVA, portador do CRO 20479 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 em ___/___/_____, para a correta utilização do sistema de liberação on-line, visto os conteúdos apresentados abaixo:

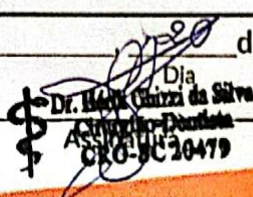
- Apresentação do site.
- Regras Técnicas.
- Como lançar guias.
- Status das guias e Validação de Token.
- Informações e preenchimento de Guias (campos 5, 7, 40, 42, 50, 51 e 52).
- Ato Complementar.
- Cobrança de atos Cobertos
- Negativa de Atendimento
- Aplicativo Odontolife.
- Produção e Faturamento (Cronograma e Entrega de Produção).

Ministrante: () Maykon

		MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO
MINISTRANTE	DIDÁTICA	☒	☐	☐	☐
	SEQUÊNCIA LÓGICA	☒	☐	☐	☐
TREINAMENTO	PERÍODO DE TREINAMENTO	☒	☐	☐	☐
	MATERIAL DA APRESENTAÇÃO	☒	☐	☐	☐
	FUNCIONALIDADE DO SISTEMA	☒	☐	☐	☐

Observações: _____

ICANA / SC de OUTUBRO de 2023
 Cidade/UF Dia Mês Ano


 Dr. Helik Ghizzi da Silva
 Assessor Odontológico
 CRO-SC 20479

20
ANOS

Renato
Consultor Responsável

R. Vitor e Quinto de Maio, 1305 - Pôrto Alegre (RS)
 4007-8828 - Consultar e regular inscrições: 0800 000 2828 (horário comercial)

www.odontolifeodontologia.com.br