

## TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 03 / 10 / 2024 .

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, **Dr.(a) Juliana de França Bertoluci**, portador do **CRO 160399** 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](http://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 **Juliana de França Bertoluci**, 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: Amanda

|             |                           | MUITO<br>SATISFEITO              | SATISFEITO                       | INSATISFEITO          | MUITO<br>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"/> |
|             | FUNCIONALIDADE DO SISTEMA | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Bragança Paulista / SP, 03 de 10 de 2024  
Cidade/UF Dia Mês Ano

Assinatura e Carimbo

Kamila  
Consultor Responsável