

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 08/07/2024.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) Rafaela Gomes da Silva Lima, portador do CRO 10120, 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 Rafaela Gomes da Silva Lima, 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: *Leticia*

| | | MUITO SATISFEITO | SATISFEITO | INSATISFEITO | MUITO INSATISFEITO |
|-------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| MINISTRANTE | DIDATICA | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | SEQUENCIA LÓGICA | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| TREINAMENTO | PERÍODO 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"/> |

Cuiabá MT, 08 de julho 2024
Cidade/UF Dia Mês Ano

Rafaela Gomes da Silva Lima
Assinatura e Carimbo

Dr(a) Rafaela G. da Silva Lima
Cirurgião Dentista
CRO/MT 10120

*Dra. Rafaela G. da Silva Lima
Cirurgião Dentista
CRO/MT 10120*

*Alyne
Consutor Responsável*