

TERMO DE RESPONSABILIDADE – RECICLAGEM

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu, Dr.(a) Diogo de Oliveira Teles, portador do CRO 55581 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 que estou ciente que foi sanado principais dúvidas de execução de processos ao assinar este 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, Bárbara Emilly Rios Rabelo Costa declaro tê-lo recebido em 18/02/2025 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 () Letícia

	MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO
MINISTRANTE	DIDÁTICA			
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TREINAMENTO	SEQUÊNCIA LÓGICA			
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	PERÍODO DE TREINAMENTO			
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	MATERIAL DA APRESENTAÇÃO			
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	FUNCIONALIDADE DO SISTEMA			
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observações: _____

Belo Horizonte, 25 de Fevereiro de 2025.
Cidade/UF Dia Mês Ano

Teles Odontologia

Assinatura

