

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu, Dr.(a) Vinicius Pires Martins, portador do CRO 10803 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 (não cobertura e SESI).
- Aplicativo Odontolife.
- Produção e Faturamento (Cronograma e Entrega de Produção).

Em uma escala de 1 a 10, avalio o treinamento recebido com a nota:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Muito insatisfeito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒ Muito satisfeito

O que te motivou a dar esta nota?

(x) Material de Apresentação (x) Didática (x) Período de Treinamento (x) Ministrante

(x) Funcionalidade do Sistema (x) Sequência Lógica () Outros: _____

Sugestões: _____

Fortaleza - Ceará, 14 de outubro de 2022
Cidade Dia Mês Ano

Ministrante: () Laiana () Maria Eduarda

Vinicius
Assinatura



Gabriele
Consultora Responsável

R. Virgo e Quatro de Maio, 1305 - Pombal - Paraíba
4007 3338 (capital e regiões metropolitanas) 0800 000 3338 (demais localidades)

www.odontolifeodontologia.com.br