

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu, Dr.(a) Flávia Marcellino da Motta T. mmt, portador do CRO 47032 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).

Em uma escala de 1 a 5, avalio o treinamento recebido com a nota:

Ministrante: () Adrielly () Fernanda () Thiago

MINISTRANTE	Muito insatisfeito	Insatisfeito Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
DIDÁTICA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
SEQUÊNCIA LÓGICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

TREINAMENTO	Muito insatisfeito	Insatisfeito Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
PERÍODO DE TREINAMENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
MATERIAL DE APRESENTAÇÃO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
FUNCIONALIDADES DO SISTEMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Observações: _____

Flávia Marcellino da Motta T. mmt
 Cidade/UF _____ Dia _____ Mês _____ Ano _____
Flávia Marcellino da Motta T. mmt Assinatura _____



Alyne
Consultora responsável

www.odontolifeodontologia.com.br