

TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu,
 Dr.(a) Patrícia Lubinskas Menzzi,
 portador do CRO 48586 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, Damario Santos Lepes declaro tê-lo
 recebido em 11/12/2023, 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: () Letícia

		MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO
MINISTRANTE	DIDATICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	SEQUENCIA LÓGICA	<input type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	FUNCIONALIDADE DO SISTEMA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observações: _____

Itapuã quecetuba, 11 de dezembro de 2023.
 Cidade/UF _____ Dia _____ Mês _____ Ano _____

Assinatura



Alyne
Consultora responsável