# TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE

**Data:** 26 / 02 / 2025.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, **Dr.(a)** Leticia Samily Amorim dos Santos. portador do **CRO** Sc 24618 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 Leticia Samily Amorim dos Santos. 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 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | SEQUENCIA LÓGICA | ○ | ○ | ○ | ○ |
| TREINAMENTO | PERIODO DE TREINAMENTO | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | MATERIAL DA APRESENTAÇÃO | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | FUNCIONALIDADE DO SISTEMA | ○ | ○ | ○ | ○ |

Joinville/sc, 26 de Fevereiro 202___

Cid Mês Ano

gov.br Documento assinado digitalmente
LETICIA SAMILY AMORIM DOS SANTOS
Data: 26/02/2025 18:52:20-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

**Assinatura e Carimbo**

Renato
Consultor Responsável