

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 12 / 06 / 2024.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr(a) SILVANA LIMA DA SILVA, portador do **CRO** 28641 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 SILVANA LIMA DA SILVA 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: Amanda

MINISTRANTE	MUITO		SATISFEITO		INSATISFEITO		MUITO		INSATISFEITO	
	SATISFEITO	INSATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO
DIDÁTICA	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SEQUENCIA LÓGICA	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PERIODO DE TREINAMENTO	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MATERIAL DA APRESENTAÇÃO	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
FUNCIONALIDADE DO SISTEMA	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

São Paulo SP., 12 de 06 de 2024
Cidade/UF

Dr. L. L. L. Dia 12 de 06 de 2024
Assinatura do Ministrante

Assinatura e Carimbo