

TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) INGRID GOTTOCHILICK DOS SANTOS, portador do CRO 22586 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, INGRID GOTTOCHILICK DOS SANTOS, declaro tê-lo recebido em 31/01/2024, 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

| | | MUITO SATISFEITO | SATISFEITO | INSATISFEITO | MUITO INSATISFEITO |
|-------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| MINISTRANTE | DIDATICA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | SEQUENCIA LÓGICA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TREINAMENTO | PERÍODO DE TREINAMENTO | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | MATERIAL DA APRESENTAÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | FUNCIONALIDADE DO SISTEMA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Observações: _____

Balneário Camboriú - SC, 31 de Janeiro de 2024.
Cidade/UF Dia Mês Ano

Ingrid Gottochilick dos Santos
Assinatura

Dra. Ingrid Gottochilick
Cirurgiã-Dentista

CRO-SC 22586

R. Vinte e quatro de maio, 1000 - Centro - Balneário Camboriú - SC

4887 2620 (capital e regiões metropolitanas) 0800 000 2620 (demais localidades)

www.odontolifeodontologia.com.br



Renato
Consultora Responsável