

## TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 06/12/2024.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, **Dr.(a)** Carina Glassieli Polli, portador do **CRO** 3923-MS 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](http://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 Carina Glassieli Polli, 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**

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

Nova Andradina - MS, 06 de Dezembro 2024  
Cidade/UF Dia Mês Ano

Carina Polli  
**Dr(a) Carina Polli**  
CRO 3923 - MS  
Assinatura e Carimbo em Ortodontia

Anna Vitória  
Consultor Responsável