

## TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 21 / 10 / 2024.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, **Dr.(a)** Pablynne Rocha Borges, portador do **CRO** 21327 - GO 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 Pablynne Rocha Borges, 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	✗	○	○	○
	SEQUENCIA LÓGICA	✗	○	○	○
TREINAMENTO	PERÍODO DE TREINAMENTO	✗	○	○	○
	MATERIAL DA APRESENTAÇÃO	✗	○	○	○
	FUNCIONALIDADE DO SISTEMA	✗	○	○	○

Goiânia - GO , 21 de outubro 2024

Cidade/UF

Dia

Mês

Ano

Documento assinado digitalmente



PABLYNNE ROCHA BORGES  
Data: 21/10/2024 11:23:15-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

**Assinatura e Carimbo**

Alyne  
Consultor Responsável