

## TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 17 / 01 / 2.025 .

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, **Dr.(a) Gleice Aparecida de Oliveira Ferro Rodrigues** portador do **CRO 149.811** 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 **Gleice Aparecida de Oliveira Ferro Rodrigues** 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: Maria Luisa**

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

Guarulhos

17

de

Janeiro

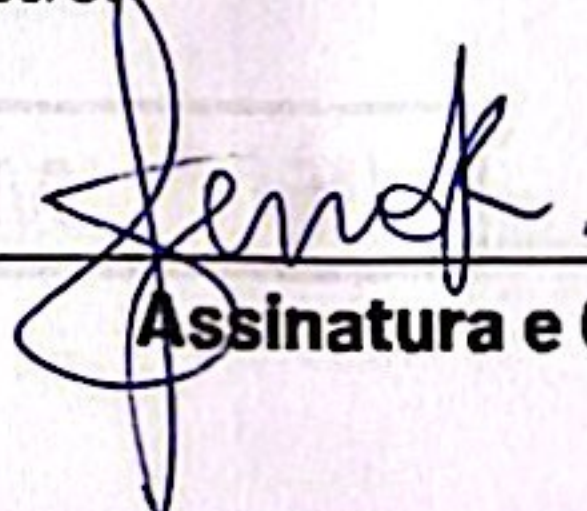
202 5

Cidade/UF

Dia

Mês

Ano



**Dra. Gleice Ferro Rodrigues**  
Cirurgiã Dentista  
CRO-SP 149.811

Assinatura e Carimbo

**Ketlyn**  
Consultor Responsável