

## TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 05/09/24.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento

OdontoLife, eu, Dr(a) Mariana de Jesus, portador do **CRO 92707** 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 Eduardo Tibozzi, 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: Letícia**

MUITO SATISFEITO SATISFEITO INSATISFEITO INSATISFEITO MUITO

| MINISTRANTE | SEQUENCIA LÓGICA                 |                        |                          |                            |
|-------------|----------------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------|
|             | DIDÁTICA                         | PERÍODO DE TREINAMENTO | MATERIAL DA APRESENTAÇÃO | FUNCCIONALIDADE DO SISTEMA |
|             | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>      |
|             | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>      |
|             | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>      |
|             | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>      |

Taboão da Serra, 05 de 09 de 2024  
Cidade/UF \_\_\_\_\_  
Dia \_\_\_\_\_  
Mês \_\_\_\_\_  
Ano \_\_\_\_\_

Mariana de Jesus  
Assinatura e Carimbo  
Mariana de Jesus  
Ortodontista  
CRO-SP. 92707