



TERMO DE RESPONSABILIDADE – LIBERAÇÃO ON



Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu, Dr.(a)Aline Alves de Siqueira _____, portador do CRO 14416-PE_____, 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*.

Afirma estar ciente de que receberá 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, Aline Alves de Siqueira _____, declaro tê-lo recebido em 01/09/2023, 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).

Em uma escala de 1 a 5, avalio o treinamento recebido com a nota:

Ministrante: () Adrielly

MINISTRANTE	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
DIDÁTICA	<input type="radio"/>				
SEQUÊNCIA LÓGICA	<input type="radio"/>				
TREINAMENTO	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
PERÍODO DE TREINAMENTO	<input type="radio"/>				
MATERIAL DE APRESENTAÇÃO	<input type="radio"/>				
FUNCIONALIDADES DO SISTEMA	<input type="radio"/>				

Dra. Aline Alves de Siqueira
CRM-PE 14416

Assinatura: _____

Assinatura

Recife/PE _____, 01 _____ de Setembro _____ de 2023.

Cidade/UF

Day

Mês

Ano

