

TERMO DE RESPONSABILIDADE – RECICLAGEM

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu, Dr.(a) Shayenne Fruilani, portador do CRO 41350 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 que estou ciente que foi sanado principais dúvidas de execução de processos ao assinar este 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, Shayenne Fruilani declaro tê-lo recebido em 14/02/2025, para a correta utilização do sistema de liberação on-line, visto os conteúdos apresentados abaixo:

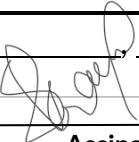
- () Apresentação do site.
- () Regras Técnicas.
- () Como lançar guias.
- () Status das guias e Validação de Token.
- () Informações e preenchimento de Guias (campos 5, 7, 40, 42, 50, 51 e 52).
- () Ato Complementar.
- () Cobrança de atos Cobertos
- () Negativa de Atendimento
- () Aplicativo Odontolife.
- () Produção e Faturamento (Cronograma e Entrega de Produção).

Ministrante: () Amanda () Letícia

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

Observações: _____

HayResende _____, 14 de Fevereiro de 2025.
Cidade/UF _____ Dia _____ Mês _____ Ano _____


Assinatura

