

## TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu,

Dr.(a) Ciaraéle Maria Duarte Oliveira,  
portador do CRO 37928 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.

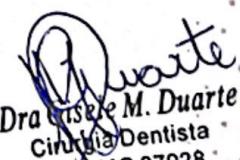
Como representante neste treinamento, eu, José Lúcia Duarte declaro tê-lo  
recebido em 27/10/23, para a correta utilização do sistema de liberação on-line, visto os conteúdos  
apresentados abaixo:

- 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: ( ) Adrielly

|             |                           | MUITO<br>SATISFEITO              | SATISFEITO            | INSATISFEITO          | MUITO<br>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 | PERÍODO 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"/> |

Observações: \_\_\_\_\_

  
Dra. Ciaraéle M. Duarte  
Cirurgiã Dentista  
CRO-MG 37928

Minneapolis, 27 de outubro de 2023.  
Cidade/UF Dia Mês Ano

Assinatura

