

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu, Dr.(a) Leonardo Pinheiro Fontes de Souza, 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 ter recebido as credenciais (login e senha) para acesso exclusivo ao site www.odontolifeodontologia.com.br e declaro que sou responsável pela segurança destas informações bem como pelas ações que realizar no sistema de liberações.

Eu Leonardo Pinheiro Fontes de Souza declaro ter recebido o treinamento em ____/____/____, para a correta utilização do sistema de liberação on-line, visto os conteúdos apresentados:

- Apresentação do site.
- Regras Técnicas.
- Como lançar guias.
- Status das guias e Token de PRESENÇA.
- Informações e preenchimento de Guias (campos 5, 7, 40, 42, 50, 51 e 52).
- Ato Complementar (não cobertura e SESI).
- App Odontolife.
- Produção e Faturamento (Prazos conforme o calendário de faturamento).

Por fim, avalio o treinamento recebido com nota 10 (em que 0 é insatisfeito e 10 satisfeito)? Caso queira, utilize o espaço abaixo para sugestões.

Natal, 30 de agosto de 20 21.

Assinatura