

## TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu, Dr.(a) Hiuryellen da Silva Xavier, 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](http://www.odontolifeodontologia.com.br) e declaro que sou responsável pela segurança destas informações bem como pelas ações que realizar no sistema de liberações.

Eu Hiuryellen da Silva Xavier declaro ter recebido o treinamento em 19/08/21, 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.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, 21 de Agosto de 2021.

Hiuryellen Xavier

Assinatura  
 Hiuryellen da Silva Xavier  
 Responsável Técnico  
 Consultório Odontológico  
 Integra Odonto Paulista  
 CNPJ: 40.575.704/0001-07

Endereço: Rua do Meio, 1395 - Pátio das Palmeiras - Curitiba-PR  
 CEP: 81220-000 (região metropolitana) 0800 600 2528 (horário atendimento)

[www.odontolifeodontologia.com.br](http://www.odontolifeodontologia.com.br)