

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu, Dr.(a) Carla Silva, portador do CRO 16332 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 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, Carla Silva declaro tê-lo recebido em 20/09/2023, 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).

Ministrante: () Maykon

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

Observações: _____

Navegantes , 20 de Setembro de 20 23 .

Cidade/UF

Dia

Mês

Ano

Assinatura



Marcos

Consultor Responsável