

TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Data: 16/01/2025.

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) Gabriela Cozzi Moreira, portador do CRO 56020 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 Gabriela Cozzi Moreira, declaro tê-lo recebido, 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: **Maria Luisa**

| MINISTRANTE | TREINAMENTO | | MUITO | SATISFEITO | SATISFEITO | INSATISFEITO | MUITO |
|-------------|---------------------------|--|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | | SATISFEITO | INSATISFEITO | INSATISFEITO | INSATISFEITO | INSATISFEITO |
| | DIDATICA | | <input checked="" type="radio"/> | <input 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"/> | <input type="radio"/> |
| | PERÍODO DE TREINAMENTO | | <input checked="" type="radio"/> | <input 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"/> | <input type="radio"/> |
| | FUNCIONALIDADE DO SISTEMA | | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Rio de Janeiro/RJ, 16 de Janeiro 2025
 Cidade/UF Dia Mês Ano

Gabriela Cozzi Moreira
 Dra. Gabriela Cozzi Moreira
 Cirurgiã-Dentista
 CRO RJ 56020
Assinatura e Carimbo

Alyne
 Consultor Responsável