

TERMO DE RESPONSABILIDADE - RECICLAGEM

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu, Dr.(a) Ana Carolina Guedes Maíel Padille, portador do CRO 116996, 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 que estou ciente que foi sanado principais dúvidas de execução de processos ao assinar este 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, Daine Guedes Vieira Mucci declaro tê-lo recebido em 16/10/2023, para a correta utilização do sistema de liberação on-line, visto os conteúdos apresentados abaixo:

- (x) Apresentação do site.
- (x) Regras Técnicas.
- (x) Como lançar guias.
- (x) Status das guias e Validação de Token.
- (x) Informações e preenchimento de Guias (campos 5, 7, 40, 42, 50, 51 e 52).
- (x) Ato Complementar.
- (x) Cobrança de atos Cobertos
- (x) Negativa de Atendimento
- (x) Aplicativo Odontolife.
- (x) Produção e Faturamento (Cronograma e Entrega de Produção).

Ministrante: (x) Maykon

		MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO
MINISTRANTE	DIDÁTICA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	SEQUÊNCIA 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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observações: _____

Shocoba / SP _____ 16 de outubro de 2023
 Cidade/UF Dia Mês Ano

 Assinatura