

TERMO DE RESPONSABILIDADE – RECICLAGEM

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do Contrato de Credenciamento Odontolife, eu,

Dr.(a) Alyan Alves Gonçalves,

portador do CRO 5483 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, Françá Cecília Nunes Pereira declaro tê-lo recebido em 20/05/24, 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) Amanda () Letícia

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

Observações: _____

Natal, RN, 20 de Maior de 2024.
Cidade/UF Dia Mês Ano

Alyan Alves Gonçalves
Assinatura
Cirurgião Dentista
CRO/RN 5483