

FORMULÁRIO DE DÉBITO

Nº DOCUMENTO:

SAD173582665613**IDENTIFICAÇÃO**

Atendente:	KETLIN CANDIDO SOARES
Data Solicitação:	02/01/2025
Operadora:	Odontolife
Operadora de Atendimento:	Dental Uni
Dentista / Razão Social:	LETICIA ALMEIDA VIEIRA PAZZINE
CRO / UF:	138943/SP
CPF / CNPJ:	47086714000128
Tipo Credenciamento:	PESSOA JURÍDICA
Período:	jan/25

HISTÓRICO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Débito
	002.025.408657.001022.02	ALANA PEREIRA	18/09/2024	R\$ 150,00

-R\$ 150,00

NÚMERO DO MOVIMENTO

DATA DA MOVIMENTAÇÃO

OBSERVAÇÕES

Venho por meio deste protocolo informar que ocorrerá o desconto em produção no valor de R\$150,00 referente a cobrança realizada a beneficiária: ALANA PEREIRA HEMMEL, referente ao procedimento de: MANUTENÇÃO ORTODÔNTICA.

Análise Administrativa

Supervisão Técnica

Data Aprovação:

Faturamento

Supervisão Administrativa

Data Aprovação:

03-01-25