

FORMULÁRIO DE DÉBITO

Nº DOCUMENTO:
SAD174861705292

IDENTIFICAÇÃO

Atendente:	KETLIN CANDIDO SOARES
Data Solicitação:	30/05/2025
Operadora:	Odontolife
Operadora de Atendimento:	Dental Uni
Dentista / Razão Social:	PAN DIGITAL RADIOLOGIA COMPUTADORIZADA LTDA
CRO / UF:	103096/SP
CPF / CNPJ:	37014544000112
Tipo Credenciamento:	PESSOA JURÍDICA
Período:	mai/25

HISTÓRICO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Débito
	002025121138000000101	MARIA ESTELA DA SILVA	30/05/2025	R\$ 60,00

-R\$ 60,00

NÚMERO DO MOVIMENTO

DATA DA MOVIMENTAÇÃO

OBSERVAÇÕES

Venho por meio deste protocolo informar que ocorrerá o desconto em produção no valor de R\$ 60,00 referente a cobrança realizada a beneficiária: MARIA ESTELA DA SILVA , sobre o procedimento de: RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAND .

Análise Administrativa

Supervisão Técnica

Data Aprovação:

Faturamento

Supervisão Administrativa

Data Aprovação: 05.06.2025.