

FORMULÁRIO DE DÉBITO

Nº DOCUMENTO:

SAD173255684493

IDENTIFICAÇÃO

Atendente: KETLIN CANDIDO SOARES
Data Solicitação: 25/11/2024
Operadora: Odontolife
Operadora de Atendimento: Dental Uni
Dentista / Razão Social: MARCELO STECCA
CRO / UF: 21564/MG
CPF / CNPJ: 95828800663
Tipo Credenciamento: PESSOA JURÍDICA
Período: nov/24

HISTÓRICO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Débito
	002.025.1105189.000001.	ROSANGELA DE ARAUJO	05/11/2024	R\$ 22,00

-R\$ 22,00

NÚMERO DO MOVIMENTO

DATA DA MOVIMENTAÇÃO

OBSERVAÇÕES

Venho, por meio deste protocolo, informar que ocorrerá o desconto em produção no Valor Líquido R\$ 22,00, referente à cobrança realizada pelo Dr.MARCELO STECCA CRO 21564 à beneficiária: ROSANGELA DE ARAUJO WERNECK , referente aos procedimentos de: RX PERIAPICAL.

Análise Administrativa

Supervisão Técnica

Data Aprovação:

Faturamento

Supervisão Administrativa

Data Aprovação: 26-11-24