

FORMULÁRIO DE DÉBITO

Nº DOCUMENTO:

SAD173074763858

IDENTIFICAÇÃO

Atendente: KETLIN CANDIDO SOARES
Data Solicitação: 04/11/2024
Operadora: Odontolife
Operadora de Atendimento: Dental Uni
Dentista / Razão Social: **DJANE COSTA PEREIRA**
CRO / UF: 20324/BA
CPF / CNPJ: 05166277597
Tipo Credenciamento: PESSOA JURÍDICA
Período: out/24

HISTÓRICO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Débito
	002.025.1161910.000001.01	NELI SILVA SOUZA	16/10/2024	R\$ 250,00

-R\$ 250,00

NÚMERO DO MOVIMENTO

DATA DA MOVIMENTAÇÃO

OBSERVAÇÕES

Venho por meio deste protocolo informar que ocorrerá o desconto em produção no valor de R\$ 250,00 referente a cobrança realizada a beneficiária: NELI SILVA SOUZA, referente ao procedimento de: EXTRAÇÃO BUCO MAXILO

Análise Administrativa

Supervisão Técnica

Data Aprovação:

Faturamento

Supervisão Administrativa

Data Aprovação: 04.11.24