

FORMULÁRIO DE DÉBITO	Nº DOCUMENTO:
----------------------	---------------

N° DOCUMENTO:

IDENTIFICAÇÃO

Atendente:	PABLO
Data Solicitação:	24/04/2025
Operadora:	Odontolife
Operadora de Atendimento:	Dental Uni
Dentista / Razão Social:	P K ODONTOLOGIA LTDA
CRO / UF:	PR - 30713
CPF / CNPJ:	46900583000108
Tipo Credenciamento:	PESSOA JURÍDICA
Período:	mar/25

HISTÓRICO

[illegible]

	-R\$ 130,00
--	-------------

NÚMERO DO MOVIMENTO	
DATA DO MOVIMENTAÇÃO	

DATA DA MOVIMENTAÇÃO	
----------------------	--

OBSERVAÇÕES

desconto em produção no valor de R\$ 130,00 referente a cobrança realizada ao beneficiário RAUL KUKOWITSCH SIBERTI, referente EXTRAÇÃO DO ELEMENTO 54 realizado no particular, estando na cobertura do plano.

Analise Administrativa

Supervisão Técnica

Data Aprovação: _____

Faturamento

Supervisão Administrativa

Data Aprovação: 14 / 10 / 2014