

FORMULÁRIO DE DÉBITO

Nº DOCUMENTO:

IDENTIFICAÇÃO

Atendente:	Pablo J.
Data Solicitação:	24/03/2025
Operadora:	Odontolife
Operadora de Atendimento:	Dental Uni
Dentista / Razão Social:	MARIA CECILIA CANASSA
CRO / UF:	27808/PR
CPF / CNPJ:	38.009.553/0001-88
Tipo Credenciamento:	PESSOA JURÍDICA
Período:	

HISTÓRICO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Débito
	002.025.1114304.000143.01	PABLO HENRIQUE DE ASSIS DA SILVA	01/03/2024	R\$ 100,00
	002.025.1114304.000143.01	PABLO HENRIQUE DE ASSIS DA SILVA	01/05/2024	R\$ 100,00
	002.025.1114304.000143.01	PABLO HENRIQUE DE ASSIS DA SILVA	01/07/2024	R\$ 100,00
	002.025.1114304.000143.01	PABLO HENRIQUE DE ASSIS DA SILVA	01/08/2024	R\$ 100,00
	002.025.1114304.000143.01	PABLO HENRIQUE DE ASSIS DA SILVA	01/11/2024	R\$ 80,00
	002.025.1114304.000143.01	PABLO HENRIQUE DE ASSIS DA SILVA	01/01/2025	R\$ 160,00

-R\$ 640,00

NÚMERO DO MOVIMENTO
DATA DA MOVIMENTAÇÃO

OBSERVAÇÕES

Beneficiário solicitou reembolso do procedimento MANUTENÇÃO, cobrado indevidamente pela clínica. A clínica informou que o beneficiário alegou não ter cobertura para manutenção. Diante disso, verificaram a cobertura no PDF do plano, onde realmente não constava a informação, e, por esse motivo, as manutenções foram cobradas no particular.

Análise Administrativa

Supervisão Técnica

Data Aprovação:

Faturamento

Supervisão Administrativa

Data Aprovação:

24-03-2025