

FORMULÁRIO DE DÉBITO

Nº DOCUMENTO:

IDENTIFICAÇÃO

Atendente: Pablo J.
Data Solicitação: 18/03/2025
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	março, 2024	R\$ 100,00
	002.025.1114304.000143.01	PABLO HENRIQUE DE ASSIS DA SILVA	maio, 2024	R\$ 100,00
	002.025.1114304.000143.01	PABLO HENRIQUE DE ASSIS DA SILVA	julho, 2024	R\$ 100,00
	002.025.1114304.000143.01	PABLO HENRIQUE DE ASSIS DA SILVA	agosto, 2024	R\$ 100,00
	002.025.1114304.000143.01	PABLO HENRIQUE DE ASSIS DA SILVA	setembro, 2024	R\$ 80,00
	002.025.1114304.000143.01	PABLO HENRIQUE DE ASSIS DA SILVA	novembro, 2024	R\$ 80,00

-R\$ 560,00

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

Faturamento

Supervisão Técnica

Supervisão Administrativa

Data Aprovação:

Data Aprovação:

18-03-2025