

FORMULÁRIO DE CRÉDITO E DÉBITO

Nº DOCUMENTO:
SAD171326603481

IDENTIFICAÇÃO

Atendente: JESSICA PACHECO
Data Solicitação: 24/04/2024
Operadora: Odontolife
Operadora de Atendimento: Odontolife
Dentista / Razão Social: GUSTAVO BARROS DA SILVA
CRO / UF: CRO: 25574 RS
CPF / CNPJ: 35797732000139
Tipo Credenciamento: PESSOA JURÍDICA
Período: MARÇO/2024

HISTÓRICO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Crédito	Débito
	002.025.267439.000017.03	THOMAZ PEREIRA RICHROT	08/03/2024		R\$ 800,00

-R\$ 800,00

NÚMERO DO MOVIMENTO SAD170809057724

DATA DA MOVIMENTAÇÃO

OBSERVAÇÕES

Reclamação do beneficiário conforme protocolos 30448420240308002937 - 30448420240405004069. Beneficiário THOMAZ PEREIRA RICHROT de número de cartão 002.025.267439.000017.03. Solicita reembolso do procedimento TRATAMENTO DE CANAL ELEMENTO 37 realizado no dia 08/03/2024, onde informa que o profissional Dr GUSTAVO BARROS DA SILVA CRO 25574 /UF – RS CREDENCIADO (PJ) - OPERADORA (ODONTOLIFE) realizou a cobrança indevida de ato coberto no valor de R\$ 800,00.

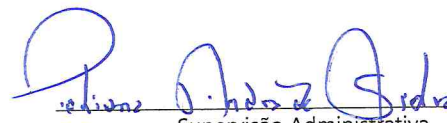
Tendo em vista que a dentista que assinou foi a Doutora: MAIARA VELHO DE AGUIAR CRO 23012 ao qual não é credenciada conosco mas a clínica que se encontra no recibo é do Doutor descrito logo abaixo.

Análise Administrativa

Faturamento

Supervisão Técnica

Data Aprovação:


Supervisão Administrativa

Data Aprovação: 25-04-2024