

FORMULÁRIO DE CRÉDITO

Nº DOCUMENTO:

IDENTIFICAÇÃO

Atendente:

Data Solicitação:

Operadora:

Operadora de Atendimento:

Dentista / Razão Social:

CRO / UF:

CPF / CNPJ:

Tipo Credenciamento:

Período:

PABLO

25/08/2025

Odontolife

Dental Uni

S.E. ODONTOQUALITY SS

SC - 3384

07179193000139

PESSOA JURÍDICA

AGOSTO

HISTÓRICO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Crédito
	002.025.0789644.000011.03	JHONATAN FELIPE LEMOS	21/08/2025	R\$ 350,00

R\$ 350,00

NÚMERO DO MOVIMENTO

DATA DA MOVIMENTAÇÃO

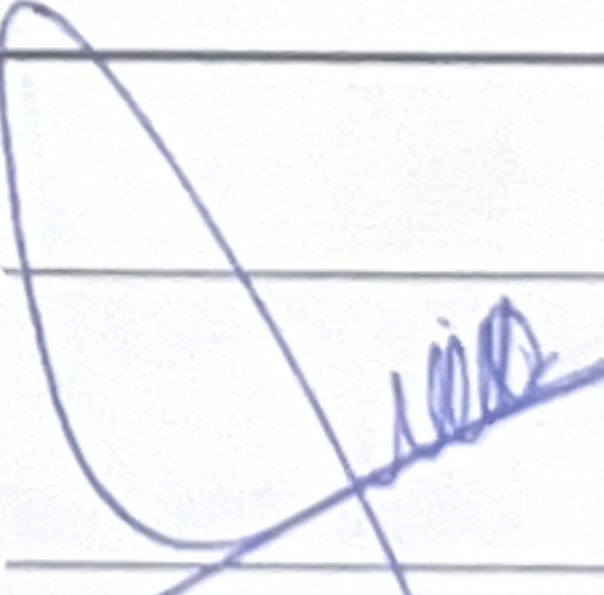
OBSERVAÇÕES

Desconto autorizado no mês de Abril de 2024, referente a uma cobrança realizada no valor R\$ 350,00 ao beneficiário: JHONATAN FELIPE LEMOS , referente ao procedimento de: exodontia de raiz residual dente 17. Desconto realizado tardiamente no mês de agosto de 2025, solicitando crédito para próximo fechamento.

Analise Administrativa

Supervisão Técnica

Data Aprovação:

Faturamento

Supervisão Administrativa

Data Aprovação: 25.08.2025