

FORMULÁRIO DE DÉBITO

Nº DOCUMENTO:

SAD174836965566

IDENTIFICAÇÃO

Atendente:	KETLIN CANDIDO SOARES
Data Solicitação:	15/05/2025
Operadora:	Odontolife
Operadora de Atendimento:	Dental Uni
Dentista / Razão Social:	ESPACO ODONTO ODONTOLOGIA LTDA
CRO / UF:	85245/SP
CPF / CNPJ:	17582078000164
Tipo Credenciamento:	PESSOA JURÍDICA
Período:	mai/25

HISTÓRICO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Débito
	00202523819500007301	DAVI FARIAS DE ESPINDOLA	27/05/2025	R\$ 680,00

-R\$ 680,00

NÚMERO DO MOVIMENTO

DATA DA MOVIMENTAÇÃO

OBSERVAÇÕES

Venho por meio deste protocolo informar que ocorrerá o desconto em produção no valor de R\$ 680,00 referente a cobrança realizado ao beneficiário DAVI FARIAS DE ESPINDOLA, referente EXODONTIA DO ELEMENTO 48.

Análise Administrativa

Supervisão Técnica

Data Aprovação:

Faturamento

Supervisão Administrativa

Data Aprovação: 28.05.2025