

FORMULÁRIO DE DÉBITO

Nº DOCUMENTO:
SAD175145425735

IDENTIFICAÇÃO

Atendente:	KETLIN CANDIDO SOARES
Data Solicitação:	02/07/2025
Operadora:	Odontolife
Operadora de Atendimento:	Dental Uni
Dentista / Razão Social:	CENTRO ODONTOLOGICO SORRIA + SAO MATEUS LTDA
CRO / UF:	146524/SP
CPF / CNPJ:	43547412000159
Tipo Credenciamento:	PESSOA JURÍDICA
Período:	jul/25

HISTÓRICO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Débito
	002025117707200000101	MARIA CACILDA DE ASSIS	14/05/2025	R\$ 250,00

-R\$ 250,00

NÚMERO DO MOVIMENTO
DATA DA MOVIMENTAÇÃO

OBSERVAÇÕES

Por meio de protocolo informou que ocorrerá o desconto em produção no valor de R\$ 250,00 referente a cobrança realizada a beneficiária MARIA CACILDA DE ASSIS ARAUJO, referente ATENDIMENTO DE URGENCIA - TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR Dente 36 realizado no dia 14/05/2025.

Analise Administrativa

Supervisão Técnica

Data Aprovação:

Faturamento

Supervisão Administrativa

Data Aprovação: 02.07.2025.