FORMULÁRIO DE DÉBITO

N° DOCUMENTO:
SAD17483479318

IDENTIFICAÇÃO

Atendente:	KETLIN CANDIDO SOARES
Data Solicitação:	27/05/2025
Operadora:	Odontolife
Operadora de Atendimento:	Dental Uni
Dentista / Razão Social:	**ADVANCE ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA**
CRO / UF:	31800/RJ
CPF / CNPJ:	26853383000134
Tipo Credenciamento:	PESSOA JURÍDICA
Período:	mai/25

HISTÓRICO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Débito
2267509	09720269425000027	ALAN PABLO TEIXEIRA AFONSO	02/04/2025	R$ 200,00

	-R$ 200,00

NÚMERO DO MOVIMENTO	
DATA DA MOVIMENTAÇÃO	

OBSERVAÇÕES

Venho por meio deste protocolo informar que ocorrerá o desconto em produção no valor de R$ 200,00 referente a cobrança realizada ao beneficiário ALAN PABLO TEIXEIRA AFONSO, referente EXODONTIA A RETALHO Dente 26 realizado

Analise Administrativa

Supervisão Técnica

Data Aprovação:

Faturamento

Supervisão Administrativa

Data Aprovação: 28.05.2025