

FORMULÁRIO DE DÉBITO

Nº DOCUMENTO:

IDENTIFICAÇÃO

Atendente:	PABLO
Data Solicitação:	29/07/2025
Operadora:	Odontolife
Operadora de Atendimento:	Dental Uni
Dentista / Razão Social:	CLINICA ODONTOLOGICA DRA LILIAN K HELLMANN LTDA
CRO / UF:	SC - 9151
CPF / CNPJ:	35773355000106
Tipo Credenciamento:	PESSOA JURÍDICA
Período:	

HISTÓRICO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Débito
	002025121227100017001	ARIANA MARIA UHLMANN	11/07/2025	R\$ 200,00

-R\$ 200,00

NÚMERO DO MOVIMENTO

DATA DA MOVIMENTAÇÃO

OBSERVAÇÕES

Solicita reembolso do procedimento RESTAURAÇÃO DE RESINA 32 V realizado no dia 11/07/2025, onde informa que o profissional Dra LILIAN KATIANE HELLMANN CRO 9151 /UF – SC - CREDENCIADO (PJ) - OPERADORA (ODONTOLIFE) realizou a cobrança indevida de ato coberto no valor de R\$ 200,00

Analise Administrativa

Supervisão Técnica

Data Aprovação:

Faturamento

Supervisão Administrativa

Data Aprovação: 29/07/25.