

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: DEZEMBRO/2024

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: CENTRO ODONTOLOGICO ARAES LTDA

CNPJ: 48503142000106 (CENTRO ODONTOLOGICO ARAES)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 47046/SP - CARLA CRISTINA CAROTTA CHECCHIA (25350) - RESPONSÁVEL

| Guia      | Número Cartão         | Nome do Beneficiário          | Data       | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição                               | Valor |
|-----------|-----------------------|-------------------------------|------------|--------|-----------|-------|-----------------------------------------|-------|
| 2090572-I | 002025054085600028401 | EB - ALINE APARECIDA CASSIANO | 01/11/2024 |        | 46,20     | 46,20 | GUIA TOTALMENTE GLOSADA APOS CONCLUIDA. | 0,00  |

#### Resumo do Pagamento por Operadora

|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|----------------------------------|------------------------------------|---------|------------------|--------------|---------------------|-----------------|--------------|
| Total Atos Cobertos (COB)        | Base Cálculo INSS PF               | % PF    | Total INSS PF    | Base Cálculo | % IRRF              | Dedução IRRF    | Total IRRF   |
| Local Rede Prestadora            |                                    | 0,00    | 0,00             | 0,00         | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS PJ               | % PJ    | Total INSS PJ    |              | % PIS               | Dedução PIS     | Total PIS    |
| Local Rede                       |                                    | 0,00    | 0,00             |              | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| Total Atos Co-participação (ACO) | Base Cálculo INSS Benef            | % Benef | Total INSS Benef |              | % CONFINS           | Dedução CONFINS | Total COFINS |
| Local Rede                       |                                    | 0,00    | 0,00             |              | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| Total Atos Pós Pagamento (PP)    | Total Contribuição INSS no Período |         |                  |              | % CSLL              | Dedução CSLL    | Total CSLL   |
| Local Rede                       | Valor INSS Retido                  |         |                  |              | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
|                                  | 0,00 0,00                          |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Bruto de Guia(s)           |                                    |         |                  |              | Dedução Dependentes |                 | Demais taxas |
| 46,20 1                          |                                    |         |                  |              |                     | 0,00 0          |              |
| Total de Glosas                  |                                    |         | TOTAL INSS       |              |                     |                 |              |
| 46,20                            |                                    |         | 0,00             |              |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                                    |         |                  |              |                     | TOTAL LIQUIDO   |              |
| 0,00                             |                                    |         |                  |              |                     | R\$ 0,00        |              |
| Total Ortodontia(s)              |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| 0,00 0                           |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Bruto R\$ 0,00             |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |

O valor líquido acima será creditado em sua conta corrente no Banco indicado em:

Data do Crédito:

Banco: BANCO ITAU UNIBANCO S.A.

Agência: 6480

Conta Corrente: 994901

O pagamento da produção de Pessoa Jurídica está condicionado ao envio da Nota Fiscal de prestação de serviços pelo credenciado. A partir de Agosto/2022 a Nota deverá ser emitida conforme dados abaixo:

Atendimentos aos Beneficiários cartão de início 002025: Razão Social DENTAL UNI Cooperativa Odontológica CNPJ: 78.738.101/0001-51, Ins. Municipal 178392-5, Rua Irmã Flávia Borlet 197 Hauer, Curitiba PR 81630-170.

O valor bruto da nota deverá ser igual ao informado no campo Total Bruto do Aviso de Crédito. Enviar a nota através do site ([www.odontolifeodontologia.com.br](http://www.odontolifeodontologia.com.br)), ou APP, acesse a opção SAD Meus Protocolos, até o prazo estabelecido no calendário de produção.

#### GUIAS GLOSADAS

| Guia                   | Número Cartão         | Nome do Beneficiário          | Data                                                         |
|------------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 2090572                | 002025054085600028401 | EB - ALINE APARECIDA CASSIANO | 01/11/2024                                                   |
| Procedimento: 85400076 | Aplicação: 46         | Motivo da Glosa: 3040         | Descrição: 3040 - GLOSA TECNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE) |

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: DEZEMBRO/2024

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Resumo do Pagamento

|                                  |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
|----------------------------------|-------------------------|---------|------------------------------------|--------------|---------------------|-----------------|--------------|
| Total Atos Cobertos (COB)        | Base Cálculo INSS PF    | % PF    | Total INSS PF                      | Base Cálculo | % IRRF              | Dedução IRRF    | Total IRRF   |
| Local Rede Prestadora            |                         | 0,00    | 0,00                               | 0,00         | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS PJ    | % PJ    | Total INSS PJ                      |              | % PIS               | Dedução PIS     | Total PIS    |
| Local Rede                       |                         | 0,00    | 0,00                               |              | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| Total Atos Co-participação (ACO) | Base Cálculo INSS Benef | % Benef | Total INSS Benef                   |              | % CONFINS           | Dedução CONFINS | Total COFINS |
| Local Rede                       |                         | 0,00    | 0,00                               |              | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| Total Atos Pós Pagamento (PP)    |                         |         | Total Contribuição INSS no Período |              | % CSLL              | Dedução CSLL    | Total CSLL   |
| Local Rede                       |                         |         | Valor INSS Retido                  |              | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
|                                  |                         |         | 0,00 0,00                          |              |                     |                 |              |
| Total Bruto de Guia(s)           |                         |         |                                    |              | Dedução Dependentes |                 | Demais taxas |
| 46,20 1                          |                         |         |                                    |              | 0,00 0              |                 |              |
| Total de Glosas                  |                         |         | TOTAL INSS                         |              |                     |                 |              |
| 46,20                            |                         |         | 0,00                               |              |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                         |         |                                    |              |                     | TOTAL LIQUIDO   |              |
| 0,00                             |                         |         |                                    |              |                     | R\$ 0,00        |              |
| Total Ortodontia(s)              |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| 0,00 0                           |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
|                                  |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
|                                  |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
|                                  |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Bruto R\$ 0,00             |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |

O valor líquido acima será creditado em sua conta corrente no Banco indicado em:

Data do Crédito:

Banco: BANCO ITAU UNIBANCO S.A.

Agência: 6480

Conta Corrente: 994901