

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: NOVEMBRO/2024

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: ALVES & BARBOSA FONOAUDIOLOGIA E ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 51126683000169 (ALVES & BARBOSA FONOAUDIOLOGIA E ODONTOLOGIA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 67706/SP - HUMBERTO NICODEMO BARBOSA (29593) - RESPONSÁVEL

| Guia      | Número Cartão         | Nome do Beneficiário            | Data       | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição                                  | Valor  |
|-----------|-----------------------|---------------------------------|------------|--------|-----------|-------|--------------------------------------------|--------|
| 1997285-I | 002025010550602375701 | PJ - ROGERIO SANTOS DE OLIVEIRA | 20/08/2024 | COB    | 833,40    | 27,60 | PARC: 1 DE 1 - ( 2686 / 1 ) = 2686 X 0,3 = | 805,80 |
| 2037361-I | 002025115764200000101 | PJ - FATIMA LUCIA LIMA          | 20/09/2024 | COB    | 25,20     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 84 / 1 ) = 84 X 0,3 =     | 25,20  |

Cirurgião Dentista: 122463/SP - GISLAINE DE FREITAS ALVES (29594) - PRESTADOR

| Guia      | Número Cartão         | Nome do Beneficiário   | Data       | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição                                | Valor |
|-----------|-----------------------|------------------------|------------|--------|-----------|-------|------------------------------------------|-------|
| 2015765-I | 002025115764200000101 | PJ - FATIMA LUCIA LIMA | 03/09/2024 | COB    | 10,20     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 34 / 1 ) = 34 X 0,3 =   | 10,20 |
| 2023351-I | 002025115764200000101 | PJ - FATIMA LUCIA LIMA | 10/09/2024 | COB    | 86,70     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 289 / 1 ) = 289 X 0,3 = | 86,70 |
| 2037505-I | 002025115764200000101 | PJ - FATIMA LUCIA LIMA | 20/09/2024 | COB    | 8,40      | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 28 / 1 ) = 28 X 0,3 =   | 8,40  |

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: NOVEMBRO/2024

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

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             | 936,30       | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| 0,00 936,30                      |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS PJ               | % PJ        | Total INSS PJ    |              | % PIS               | Dedução PIS     | Total PIS    |
| Local Rede                       | 936,30                             | 0,00        | 0,00             |              | 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         |
| 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                        | 0,00                               | 0,00        |                  |              |                     |                 |              |
| Total Bruto de Guia(s)           |                                    |             |                  |              | Dedução Dependentes |                 | Demais taxas |
| 963,90 5                         |                                    |             |                  |              | 0,00 0              |                 |              |
| Total de Glosas                  |                                    |             | TOTAL INSS       |              |                     |                 |              |
| 27,60                            |                                    |             | 0,00             |              |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                                    |             |                  |              |                     | TOTAL LIQUIDO   |              |
| 936,30                           |                                    |             |                  |              |                     | R\$ 936,30      |              |
| Total Ortodontia(s)              |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| 0,00 0                           |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Bruto R\$ 936,30           |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |

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

Data do Crédito:

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Agência: 0310

Conta Corrente: 303240

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                                                         |
| 1997285                | 002025010550602375701 | PJ - ROGERIO SANTOS DE OLIVEIRA | 20/08/2024                                                   |
| Procedimento: 85200026 | Aplicação: 15         | Motivo da Glosa: 3040           | Descrição: 3040 - GLOSA TECNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE) |
| Procedimento: 85200026 | Aplicação: 25         | Motivo da Glosa: 3040           | Descrição: 3040 - GLOSA TECNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE) |

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: NOVEMBRO/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             | 936,30       | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| 0,00 936,30                      |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS PJ               | % PJ    | Total INSS PJ    |              | % PIS               | Dedução PIS     | Total PIS    |
| Local Rede                       | 936,30                             | 0,00    | 0,00             |              | 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         |
| 0,00 0,00                        |                                    |         |                  |              | % CSLL              | Dedução CSLL    | Total CSLL   |
| Total Atos Pós Pagamento (PP)    | Total Contribuição INSS no Período |         |                  |              | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| Local Rede                       | Valor INSS Retido                  |         |                  |              |                     |                 |              |
| 0,00 0,00                        | 0,00 0,00                          |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Bruto de Guia(s)           |                                    |         |                  |              | Dedução Dependentes |                 | Demais taxas |
| 963,90 5                         |                                    |         |                  |              | 0,00 0              |                 |              |
| Total de Glosas                  |                                    |         | TOTAL INSS       |              |                     |                 |              |
| 27,60                            |                                    |         | 0,00             |              |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                                    |         |                  |              |                     | TOTAL LIQUIDO   |              |
| 936,30                           |                                    |         |                  |              |                     | R\$ 936,30      |              |
| Total Ortodontia(s)              |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| 0,00 0                           |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Bruto R\$ 936,30           |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |

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

Data do Crédito:

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Agência: 0310

Conta Corrente: 303240