

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: NOVEMBRO/2024

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: ZANIN CENTRO ODONTOLOGICO LTDA ME

CNPJ: 09064366000107 (CONFIANCA CENTRO ODONTOLOGICO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 22951/SC - LEONARDO CEZAR MARQUEZ (31002) - PRESTADOR

| Guia      | Número Cartão         | Nome do Beneficiário                | Data           | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa  | Descrição                                | Valor  |
|-----------|-----------------------|-------------------------------------|----------------|--------|-----------|--------|--|--------|
| 2054146-I | 002025116176800212501 | EB - JOAO CESAR DE MELO CASTRO      | 04/10/2024     |        | 356,40    | 356,40 | GUIA TOTALMENTE GLOSADA APÓS CONCLUÍDA.  | 0,00   |
| 2054597-I | 002025116214300001202 | PJ - JOCELITO GONCALVES SOARES      | 04/10/2024 COB |        | 166,80    | 73,20  | PARC: 1 DE 1 - ( 156 / 1 ) = 156 X 0,6 = | 93,60  |
| 2056617-I | 002025116176800032801 | PJ - TIAGO FLORES                   | 07/10/2024 COB |        | 20,40     | 0,00   | PARC: 1 DE 1 - ( 34 / 1 ) = 34 X 0,6 =   | 20,40  |
| 2057903-I | 002025116214300001202 | PJ - JOCELITO GONCALVES SOARES      | 08/10/2024 COB |        | 36,60     | 0,00   | PARC: 1 DE 1 - ( 61 / 1 ) = 61 X 0,6 =   | 36,60  |
| 2060891-I | 002025116176800120102 | PJ - NIKOLAS PORTO DOS SANTOS       | 10/10/2024 COB |        | 191,40    | 0,00   | PARC: 1 DE 1 - ( 319 / 1 ) = 319 X 0,6 = | 191,40 |
| 2061646-I | 002025112404800000101 | PJ - IVAN BALBINOTTI LITTKE         | 10/10/2024 COB |        | 183,00    | 73,20  | PARC: 1 DE 1 - ( 183 / 1 ) = 183 X 0,6 = | 109,80 |
| 2076338-I | 002025116176800206801 | PJ - ELIAS COELHO HEINZ             | 22/10/2024 COB |        | 106,80    | 0,00   | PARC: 1 DE 1 - ( 178 / 1 ) = 178 X 0,6 = | 106,80 |
| 2079404-I | 002025116176800084001 | PJ - ELIAS DE BOMFIM BISPO          | 24/10/2024 COB |        | 108,00    | 0,00   | PARC: 1 DE 1 - ( 180 / 1 ) = 180 X 0,6 = | 108,00 |
| 2080333-I | 002025116176800112101 | PJ - LUIZ HENRIQUE MARTINS DA COSTA | 25/10/2024 COB |        | 104,40    | 0,00   | PARC: 1 DE 1 - ( 174 / 1 ) = 174 X 0,6 = | 104,40 |
| 2082984-I | 002025116176800005501 | PJ - CARMELITA LOCH DA SILVA        | 28/10/2024 COB |        | 104,40    | 0,00   | PARC: 1 DE 1 - ( 174 / 1 ) = 174 X 0,6 = | 104,40 |
| 2088167-I | 002025116214300001701 | PJ - LOURIVAL ESPINDOLA JUNIOR      | 31/10/2024 COB |        | 104,40    | 0,00   | PARC: 1 DE 1 - ( 174 / 1 ) = 174 X 0,6 = | 104,40 |
| 2088680-I | 002025116214300010401 | PJ - EDUARDO NAZARIO DA SILVA       | 31/10/2024 COB |        | 104,40    | 0,00   | PARC: 1 DE 1 - ( 174 / 1 ) = 174 X 0,6 = | 104,40 |
| 2089321-I | 002025116176800049601 | PJ - SERGIO LUIS SIQUEIRA PINTADO   | 31/10/2024 COB |        | 104,40    | 0,00   | PARC: 1 DE 1 - ( 174 / 1 ) = 174 X 0,6 = | 104,40 |

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<br>0,00    | 1.188,60                | 0,00    | 0,00                               | 1.188,60     | 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<br>0,00               | 1.188,60                | 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<br>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<br>0,00               |                         | Valor   | INSS Retido                        |              | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| Total Bruto de Guia(s)           |                         |         |                                    |              | Dedução Dependentes |                 | Demais taxes |
| 1.691,40                         | 13                      |         |                                    |              | 0,00                | 0               |              |
| Total de Glosas                  |                         |         | TOTAL INSS                         |              |                     |                 |              |
| 502,80                           |                         |         | 0,00                               |              |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| 1.188,60                         |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Ortodontia(s)              |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| 0,00                             | 0                       |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Bruto R\$ 1.188,60         |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |

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

Data do Crédito:

Banco: UNICRED

Agência: 1105

Conta Corrente: 1168436

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   |
| 2054146                | 002025116176800212501 | EB - JOAO CESAR DE MELO CASTRO | 04/10/2024   |
| Procedimento: 85100196 | Aplicação: 16-O       | Motivo da Glosa: 3040          | Descrição: 3040 - GLOSA TECNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE) |
| Procedimento: 85200158 | Aplicação: 16         | Motivo da Glosa: 3040          | Descrição: 3040 - GLOSA TECNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE) |
| Guia                   | Número Cartão         | Nome do Beneficiário           | Data   |
| 2054597                | 002025116214300001202 | PJ - JOCELITO GONCALVES SOARES | 04/10/2024   |
| Procedimento: 85100218 | Aplicação: 46-D,L,V   | Motivo da Glosa: 3081          | Descrição: 3081 - RADIOGRAFIA/FOTO INICIAL NÃO ENVIADA       |
| Guia                   | Número Cartão         | Nome do Beneficiário           | Data   |
| 2061646                | 002025112404800000101 | PJ - IVAN BALBINOTTI LITTKE    | 10/10/2024   |
| Procedimento: 85100218 | Aplicação: 46-D,L,O   | 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<br>0,00 1.188,60 |                         | 0,00    | 0,00                               | 1.188,60     | 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<br>0,00 0,00                | 1.188,60                | 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<br>0,00 0,00                |                         | 0,00    | 0,00                               |              | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| Total Atos Pós Pagamento (PP)          |                         |         | Total Contribuição INSS no Período |              |                     |                 |              |
| Local Rede<br>0,00 0,00                |                         | Valor   | INSS Retido                        |              |                     |                 |              |
| Total Bruto de Guia(s)                 |                         |         |                                    |              | Dedução Dependentes |                 | Demais taxas |
| 1.691,40 13                            |                         |         |                                    |              | 0,00 0              |                 |              |
| Total de Glosas                        |                         |         | TOTAL INSS                         |              |                     |                 |              |
| 502,80                                 |                         |         | 0,00                               |              |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)              |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| 1.188,60                               |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Ortodontia(s)                    |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| 0,00 0                                 |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                       |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                        |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito                   |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |
| Total Bruto R\$ 1.188,60               |                         |         |                                    |              |                     |                 |              |

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

Data do Crédito:

Banco: UNICRED

Agência: 1105

Conta Corrente: 1168436