



Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: DEZEMBRO/2025

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: HYODO ODONTOLOGIA LTDA ME

CNPJ: 50725131000104 (HYODO ODONTOLOGIA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 111888/SP - ANDRE LUIS DE OLIVEIRA (29401) - PRESTADOR

| Guia | Número Cartão | Nome do Beneficiário | Data | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição | Valor |
|-----------|----------------------|-------------------------|------------|--------|-----------|--------|-----------------------------------------|-------|
| 2484567-I | 00202510550600837601 | EB - ELISABETE DA SILVA | 30/09/2025 | | 402,90 | 402,90 | GUIA TOTALMENTE GLOSADA APÓS 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 | | | | |
| Local | Rede | Valor | INSS Retido | | | | |
| | | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Total Bruto de Guia(s) | | | | | Dedução Dependentes | | Demais taxas |
| 402,90 | 1 | | | | 0,00 | 0 | |
| Total de Glosas | | | TOTAL INSS | | | | |
| 402,90 | | | 0,00 | | | | |
| Total de (Guias - Glosas) | | | | | | | TOTAL LÍQUIDO |
| 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 INTER

Agência: 0001

Conta Corrente: 294040420

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), 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 | |
| 2484567 | 00202510550600837601 | EB - ELISABETE DA SILVA | | 30/09/2025 |
| Procedimento: 85400157 | Aplicação: 16 | Motivo da Glosa: 3040 | Descrição: 3040 - GLOSA TECNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE) | |

Guias: I - Intercâmbio

E - Emergencial

P - Possui procedimentos faturados para a empresa

G - Recurso de Glosa

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: DEZEMBRO/2025

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 CONFINS |
| Local Rede | | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Total Atos Pós Pagamento (PP) | | Total Contribuição INSS no Período | | | | | |
| Local Rede | | Valor | INSS Retido | | | | |
| | | 0,00 | 0,00 | | | | |
| Total Bruto de Guia(s) | | | | | Dedução Dependentes | | Demais taxas |
| 402,90 1 | | | | | 0,00 0 | | |
| Total de Glosas | | | TOTAL INSS | | | | |
| 402,90 | | | 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 INTER

Agência: 0001

Conta Corrente: 294040420