

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: ODONTO CLINICA SALGUEIRO LTDA

CNPJ: 10636022000104 (ODONTO CLINICA SALGUEIRO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 7840/DF - BRUNO DE OLIVEIRA PEREIRA SALGUEIRO (16151) - RESPONSÁVEL

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
358440-I	00202527878300000103	PJ - KETLEN SOUSA SANTOS	17/08/2020	COB	116,40	73,20	PARC: 1 DE 1 - (144 / 1) = 144 X 0,3 =	43,20
405243-I	00202529057900000101	PJ - ALESSANDRA BRITO DO NASCIMENTO	26/10/2020	COB	43,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - (144 / 1) = 144 X 0,3 =	43,20
408372-I	40641400551300000901	PJ - SAMUEL FELIPE MAIA	29/10/2020	COB	116,40	73,20	PARC: 1 DE 1 - (144 / 1) = 144 X 0,3 =	43,20
411296-I	00202531903200000102	EB - RAKEL SMYTH SILVA DOS SANTOS	04/11/2020		99,90	99,90	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	129,60	0,00	0,00	0,00
0,00 129,60							
Total Atos Complementares (AC)	Base Cálculo INSS PJ	% PJ	Total INSS PJ		% PIS	Dedução PIS	Total PIS
Local Rede	129,60	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
375,90 4					0,00 0		
Total de Glosas			TOTAL INSS				
246,30			0,00				
Total de (Guias - Glosas)						TOTAL LIQUIDO	
129,60						R\$ 129,60	
Total Ortodontia(s)							
0,00 0							
Total Crédito(s)							
Total Débito(s)							
Total Crédito/Débito							
Total Bruto R\$ 129,60							

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

Data do Crédito: 30/12/2020

Banco: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Agência: 2399

Conta Corrente: 8649

O pagamento da produção de Pessoa Jurídica está condicionado a emissão de nota fiscal de prestação de serviços pelo credenciado.

A nota fiscal deverá ser emitida em nome da Dental Uni para as produções de maio de 2017 em diante. Razão Social: Dental Uni Cooperativa Odontológica, CNPJ: 78.738.101/0001-51, Inscrição Municipal 178392-5, Endereço: Rua Irmã Flávia Borlet,197 Hauer | Curitiba/PR 81630-170.

O valor bruto da nota fiscal deve ser igual ao valor informado no campo Total Bruto do Aviso de Crédito. A nota fiscal deve ser enviada para o setor de faturamento da Odontolife até o prazo máximo estabelecido no calendário de produção disponível no nosso site.

A Odontolife solicitará a reemissão de notas que não estiverem de acordo com as orientações acima.

Em caso de dúvidas, ligue para 4007 2828 - capitais e regiões metropolitanas ou 0800 000 2828 - demais localidades.

GUIAS GLOSADAS

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

GUIAS GLOSADAS

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
------	---------------	----------------------	------

358440 00202527878300000103 KETLEN SOUSA SANTOS 17/08/2020

Procedimento: 85100218 Aplicação: 34-D,M,O Motivo da Glosa: 3081 Descrição: 3081 - RADIOGRAFIA INICIAL NÃO ENVIADA

Procedimento: 85100218 Aplicação: 24-D,M,O Motivo da Glosa: 3081 Descrição: 3081 - RADIOGRAFIA INICIAL NÃO ENVIADA

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
------	---------------	----------------------	------

408372 40641400551300000901 SAMUEL FELIPE MAIA 29/10/2020

Procedimento: 85100218 Aplicação: 47-D,M,O Motivo da Glosa: 3081 Descrição: 3081 - RADIOGRAFIA INICIAL NÃO ENVIADA

Procedimento: 85100218 Aplicação: 27-D,M,O Motivo da Glosa: 3081 Descrição: 3081 - RADIOGRAFIA INICIAL NÃO ENVIADA

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
------	---------------	----------------------	------

411296 00202531903200000102 RAKEL SMYTH SILVA DOS SANTOS 04/11/2020

Procedimento: 85200140 Aplicação: 24 Motivo da Glosa: 3040 Descrição: 3040 - GLOSA TECNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE)