

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: SETEMBRO/2021

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: ODONTO ADVANCED SERVICOS ODONTOLOGICOS INTEGRADOS LTDA

CNPJ: 24395005000129 (ODONTO ADVANCED)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 5733/PB - EDUARDO MAILHO ISMAEL DA COSTA (18858) - PRESTADOR

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
573341-I	00202509784000786401	EB - LEANDRO JOSE CAETANO	03/06/2021		218,80	218,80	GUIA TOTALMENTE GLOSADA APOS CONCLUIDA.	0,00
679044-I	00202537800000000101	PJ - MARIA NEUDA RODRIGUES DA FONSECA	24/08/2021	COB	56,00	0,00	PARC: 1 DE 1 - (140 / 1) = 140 X 0,4 =	56,00
679058-I	00202537800000000101	PJ - MARIA NEUDA RODRIGUES DA FONSECA	24/08/2021	COB	48,80	0,00	PARC: 1 DE 1 - (122 / 1) = 122 X 0,4 =	48,80

Cirurgião Dentista: 6140/PB - VALKELIA ONOFRE DE ARAUJO ALBUQUERQUE (19709) - PRESTADOR

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
679260-I	00202537980100000101	EB - ANA CASSIA ACIOLE BORGES	24/08/2021		213,20	213,20	GUIA TOTALMENTE GLOSADA APOS CONCLUIDA.	0,00

Cirurgião Dentista: 7788/PB - EWELYN MARIA DE LIMA ALBUQUERQUE (19710) - PRESTADOR

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
635979-I	00202539795800000101	PJ - LUZIA CELICLEUDA BEZERRA	27/07/2021	COB	122,00	0,00	PARC: 1 DE 1 - (305 / 1) = 305 X 0,4 =	122,00

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	226,80	1,50	0,00	0,00
0,00 226,80							
Total Atos Complementares (AC)	Base Cálculo INSS PJ	% PJ	Total INSS PJ		% PIS	Dedução PIS	Total PIS
Local Rede	226,80	0,00	0,00		0,65	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		3,00	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				1,00	0,00	0,00
0,00 0,00	0,00 0,00						
Total Bruto de Guia(s)					Dedução Dependentes		Demais taxas
658,80 5					0,00 0		
Total de Glosas			TOTAL INSS				
432,00			0,00				
Total de (Guias - Glosas)							TOTAL LIQUIDO
226,80							R\$ 226,80
Total Ortodontia(s)							
0,00 0							
Total Crédito(s)							
Total Débito(s)							
Total Crédito/Débito							
Total Bruto R\$ 226,80							

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

Data do Crédito: 30/09/2021

Banco: BANCO ITAU S.A.

Agência: 14494

Conta Corrente: 385770

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

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
573341	00202509784000786401	LEANDRO JOSE CAETANO	03/06/2021
Procedimento: 82001286	Aplicação: 38	Motivo da Glosa: 3043	Descrição: 3043 - APÓS ANÁLISE DA RADIOGRAFIA INICIAL VERIFICOU-SE EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO
Procedimento: 82001294	Aplicação: 28	Motivo da Glosa: 3044	Descrição: 3044 - APÓS ANÁLISE DA RADIOGRAFIA INICIAL VERIFICOU-SE EXODONTIA SIMPLES
Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
679260	00202537980100000101	ANA CASSIA ACIOLE BORGES	24/08/2021
Procedimento: 85200158	Aplicação: 26	Motivo da Glosa: 3040	Descrição: 3040 - GLOSA TECNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE)