

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: ABRIL/2025

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: CLINICA ODONTOLOGICA RIFAI LTDA

CNPJ: 32104279000140 (CLINICA ODONTOLOGICA RIFAI LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 65593/SP - SAMIRA MOHAMAD IBRAHIM EL RIFAI (28900) - RESPONSÁVEL

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
2199615-I	002025119190500000101	PJ - JOEL MACHADO MENDES	05/02/2025	COB	178,50	4,20	PARC: 1 DE 1 - ( 581 / 1 ) = 581 X 0,3 =	174,30
2255013-I	002025117148700019301	PJ - CESAR GOMES DA SILVA	24/03/2025	COB	1.072,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - ( 3574 / 1 ) = 3574 X 0,3 =	1.072,20
2260198-I	002025118831000000101	PJ - SABRINA FERREIRA DA SILVA	27/03/2025	COB	87,90	0,00	PARC: 1 DE 1 - ( 293 / 1 ) = 293 X 0,3 =	87,90

#### 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	1.334,40	1,50	0,00	20,02
0,00 1.334,40							
Total Atos Complementares (AC)	Base Cálculo INSS PJ	% PJ	Total INSS PJ		% PIS	Dedução PIS	Total PIS
Local Rede	1.334,40	0,00	0,00		0,65	0,00	8,67
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	40,03
0,00 0,00					% CSLL	Dedução CSLL	Total CSLL
Total Atos Pós Pagamento (PP)	Total Contribuição INSS no Período				1,00	0,00	13,34
Local Rede	Valor INSS Retido						
0,00 0,00	0,00 0,00						
Total Bruto de Guia(s)						Dedução Dependentes	Demais taxas
1.338,60 3						0,00 0	
Total de Glosas			TOTAL INSS				
4,20			0,00				
Total de (Guias - Glosas)						TOTAL LIQUIDO	
1.334,40						R\$ 1.252,34	
Total Ortodontia(s)							
0,00 0							
Total Crédito(s)							
Total Débito(s)							
Total Crédito/Débito							
Total Bruto R\$ 1.334,40							

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

Data do Crédito: 30/04/2025

Banco: BANCO SANTANDER BRASIL S.A.

Agência: 0140

Conta Corrente: 130109564

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
2199615	002025119190500000101	PJ - JOEL MACHADO MENDES	05/02/2025
Procedimento: 81000421	Aplicação:	Motivo da Glosa: 3011	Descrição: 3011 - PROCEDIMENTO ODONTOLOGICO SEM REGISTRO DE EXECUCAO

