

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: JANEIRO/2025

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: R.O.D. RADIOLOGIA ODONTOLOGICA E DIAGNOSTICO S/S LTDA.

CNPJ: 01055957000106 (CIRO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 21354/SP - LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES (567) - RESPONSÁVEL

| Guia | Número Cartão | Nome do Beneficiário | Data | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição | Valor |
|-----------|-----------------------|---|------------|--------|-----------|-------|---|-------|
| 2085478-I | 002025117151000029502 | PJ - ROBERTA JANAINA ZANANDREA DA VEIGA | 29/10/2024 | COB | 33,54 | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (78 / 1) = 78 X 0,43 = | 33,54 |
| 2111442-I | 002025116031500000101 | PJ - NAZARETH DA SILVA | 19/11/2024 | COB | 75,68 | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (176 / 1) = 176 X 0,43 = | 75,68 |
| 2127487-I | 002025118805200000102 | PJ - NATHALIA ANDRADE ARROLHO DECHINE | 02/12/2024 | COB | 33,54 | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (78 / 1) = 78 X 0,43 = | 33,54 |
| 2130998-I | 002025117151000029201 | PJ - JULIANA CRISTINA RODRIGUES LIMA | 04/12/2024 | COB | 33,54 | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (78 / 1) = 78 X 0,43 = | 33,54 |

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 | 176,30 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0,00 176,30 | | | | | | | |
| Total Atos Complementares (AC) | Base Cálculo INSS PJ | % PJ | Total INSS PJ | | % PIS | Dedução PIS | Total PIS |
| Local Rede | 176,30 | 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 |
| 176,30 4 | | | | | 0,00 0 | | |
| Total de Glosas | | | TOTAL INSS | | | | |
| 0,00 | | | 0,00 | | | | |
| Total de (Guias - Glosas) | | | | | | TOTAL LIQUIDO | |
| 176,30 | | | | | | R\$ 176,30 | |
| Total Ortodontia(s) | | | | | | | |
| 0,00 0 | | | | | | | |
| Total Crédito(s) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Total Débito(s) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Total Crédito/Débito | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Total Bruto R\$ 176,30 | | | | | | | |

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

Data do Crédito: 31/01/2025

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Agência: 32352

Conta Corrente: 230529

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.

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: JANEIRO/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 | 176,30 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0,00 176,30 | | | | | | | |
| Total Atos Complementares (AC) | Base Cálculo INSS PJ | % PJ | Total INSS PJ | | % PIS | Dedução PIS | Total PIS |
| Local Rede | 176,30 | 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 |
| 176,30 4 | | | | | 0,00 0 | | |
| Total de Glosas | | | TOTAL INSS | | | | |
| 0,00 | | | 0,00 | | | | |
| Total de (Guias - Glosas) | | | | | | TOTAL LIQUIDO | |
| 176,30 | | | | | | R\$ 176,30 | |
| Total Ortodontia(s) | | | | | | | |
| 0,00 0 | | | | | | | |
| Total Crédito(s) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Total Débito(s) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Total Crédito/Débito | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Total Bruto R\$ 176,30 | | | | | | | |

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

Data do Crédito: 31/01/2025

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Agência: 32352

Conta Corrente: 230529