

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: DEZEMBRO/2023

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: NOVO SORRISO CLINICA ODONTOLOGICA ESPECIALIZADA LTDA

CNPJ: 44189335000175 (NOVO SORRISO CLINICA ODONTOLOGICA ESPECIALIZADA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 7739/AM - CARLOS ALEXANDRE REBOUCAS DOS SANTOS (25178) - PRESTADOR

| Guia      | Número Cartão        | Nome do Beneficiário                      | Data       | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição                                | Valor |
|-----------|----------------------|-------------------------------------------|------------|--------|-----------|-------|------------------------------------------|-------|
| 1651119-I | 00202529056200008402 | PJ - ANDREISA DOS ANJOS SILVA DE OLIVEIRA | 17/10/2023 | COB    | 79,20     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 264 / 1 ) = 264 X 0,3 = | 79,20 |
| 1665081-I | 00202510272200221702 | PJ - STEVEN LOPES DA SILVA                | 27/10/2023 | COB    | 52,20     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 174 / 1 ) = 174 X 0,3 = | 52,20 |
| 1665099-I | 00202510272200221701 | PJ - CILENE LOPES DE ARAUJO               | 27/10/2023 | COB    | 53,40     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 178 / 1 ) = 178 X 0,3 = | 53,40 |
| 1668637-I | 00202529056200046902 | PJ - HUDSON DOUGLAS AZEVEDO MOURA         | 31/10/2023 | COB    | 53,40     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 178 / 1 ) = 178 X 0,3 = | 53,40 |
| 1668663-I | 00202511631600090701 | PJ - EDSON GAMA DOS SANTOS JUNIOR         | 31/10/2023 | COB    | 10,20     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 34 / 1 ) = 34 X 0,3 =   | 10,20 |

#### 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             | 248,40       | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| 0,00 248,40                      |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS PJ               | % PJ    | Total INSS PJ    |              | % PIS               | Dedução PIS     | Total PIS    |
| Local Rede                       | 248,40                             | 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 |
| 248,40 5                         |                                    |         |                  |              | 0,00 0              |                 |              |
| Total de Glosas                  |                                    |         | TOTAL INSS       |              |                     |                 |              |
| 0,00                             |                                    |         | 0,00             |              |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                                    |         |                  |              |                     | TOTAL LIQUIDO   |              |
| 248,40                           |                                    |         |                  |              |                     | R\$ 248,40      |              |
| Total Ortodontia(s)              |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| 0,00 0                           |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Bruto R\$ 248,40           |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |

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

Data do Crédito:

Banco: BANCO BRADESCO S.A.

Agência: 3715

Conta Corrente: 545473

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.