

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: MARCO/2022

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: SBCO CLINICA INTEGRADA EIRELI

CNPJ: 16852455000175 (SBCO CLINICA INTEGRADA )

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 11704/DF - THIAGO SOARES DE JESUS (14673) - PRESTADOR

| Guia     | Número Cartão        | Nome do Beneficiário          | Data           | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição                                | Valor  |
|----------|----------------------|-------------------------------|----------------|--------|-----------|-------|--|--------|
| 841542-I | 00202544457000000101 | PJ - CRISLANE PERES DOS REIS  | 17/01/2022 COB |        | 195,20    | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 488 / 1 ) = 488 X 0,4 = | 195,20 |
| 850093-I | 00202544661700000101 | EB - LINDOIA JORGE DOS SANTOS | 24/01/2022     |        | 71,20     | 71,20 | 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            |                              |         |                  | 195,20       | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| 0,00                             | 195,20                       | 0,00    | 0,00             |              |                     |                 |              |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS PJ         | % PJ    | Total INSS PJ    |              | % PIS               | Dedução PIS     | Total PIS    |
| Local                            | Rede                         | 195,20  | 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                             | 0,00                         |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Atos Pós Pagamento (PP)    | Base Cálculo INSS no Período |         |                  |              |                     |                 |              |
| Local                            | Rede                         | Valor   | INSS Retido      |              |                     |                 |              |
| 0,00                             | 0,00                         | 0,00    | 0,00             |              |                     |                 |              |
| Total Bruto de Guia(s)           |                              |         |                  |              | Dedução Dependentes |                 | Demais taxes |
| 266,40                           | 2                            |         |                  |              | 0,00                | 0               |              |
| Total de Glosas                  |                              |         | TOTAL INSS       |              |                     |                 |              |
| 71,20                            |                              |         | 0,00             |              |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                              |         |                  |              |                     |                 |              |
| 195,20                           |                              |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Ortodontia(s)              |                              |         |                  |              |                     |                 |              |
| 0,00                             | 0                            |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                              |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                              |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                              |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                              |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                              |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                              |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Bruto R\$ 195,20           |                              |         |                  |              |                     |                 |              |

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

Data do Crédito: 31/03/2022

Banco: BANCO ITAU S.A.

Agência: 7161

Conta Corrente: 114207

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   |
|------------------------|----------------------|--------------------------|--|
| 850093                 | 00202544661700000101 | LINDOIA JORGE DOS SANTOS | 24/01/2022   |
| Procedimento: 85300047 | Aplicação: 011       | Motivo da Glosa: 3011    | Descrição: 3011 - PROCEDIMENTO ODONTOLOGICO SEM REGISTRO DE EXECUCAO |

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: MARCO/2022

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

GUIAS GLOSADAS

|                        |                |                       |  |
|------------------------|----------------|-----------------------|--|
| Procedimento: 85300047 | Aplicação: 012 | Motivo da Glosa: 3011 | Descrição: 3011 - PROCEDIMENTO ODONTOLOGICO SEM REGISTRO DE EXECUCAO |
| Procedimento: 85300047 | Aplicação: 013 | Motivo da Glosa: 3011 | Descrição: 3011 - PROCEDIMENTO ODONTOLOGICO SEM REGISTRO DE EXECUCAO |
| Procedimento: 85300047 | Aplicação: 014 | Motivo da Glosa: 3011 | Descrição: 3011 - PROCEDIMENTO ODONTOLOGICO SEM REGISTRO DE EXECUCAO |
| Procedimento: 81000065 | Aplicação:     | Motivo da Glosa: 3011 | Descrição: 3011 - PROCEDIMENTO ODONTOLOGICO SEM REGISTRO DE EXECUCAO |

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            |                         |         |                  | 195,20                             | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| 0,00                             | 195,20                  | 0,00    | 0,00             |                                    |                     |                 |              |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS PJ    | % PJ    | Total INSS PJ    |                                    | % PIS               | Dedução PIS     | Total PIS    |
| Local                            |                         |         |                  | 195,20                             | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| Rede                             |                         |         |                  |                                    |                     |                 |              |
| 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                            |                         |         |                  | 0,00                               | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| Rede                             |                         |         |                  |                                    |                     |                 |              |
| 0,00                             | 0,00                    | 0,00    | 0,00             |                                    |                     |                 |              |
| Total Atos Pós Pagamento (PP)    |                         |         |                  | Total Contribuição INSS no Período |                     |                 |              |
| Local                            |                         |         |                  | Valor                              |                     |                 |              |
| Rede                             |                         |         |                  | 0,00                               |                     |                 |              |
| 0,00                             | 0,00                    | 0,00    | 0,00             |                                    |                     |                 |              |
| Total Bruto de Guia(s)           |                         |         |                  |                                    | Dedução Dependentes |                 | Demais taxas |
| 266,40                           | 2                       |         |                  |                                    | 0,00                | 0               | 0            |
| Total de Glosas                  |                         |         |                  | TOTAL INSS                         |                     |                 |              |
| 71,20                            |                         |         |                  | 0,00                               |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                         |         |                  |                                    |                     |                 |              |
| 195,20                           |                         |         |                  |                                    |                     |                 |              |
| Total Ortodontia(s)              |                         |         |                  |                                    |                     |                 |              |
| 0,00                             | 0                       |         |                  |                                    |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                         |         |                  |                                    |                     |                 |              |
|                                  |                         |         |                  |                                    |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                         |         |                  |                                    |                     |                 |              |
|                                  |                         |         |                  |                                    |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                         |         |                  |                                    |                     |                 |              |
|                                  |                         |         |                  |                                    |                     |                 |              |
| Total Bruto R\$ 195,20           |                         |         |                  |                                    |                     |                 |              |

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

Data do Crédito: 31/03/2022

Banco: BANCO ITAU S.A.

Agência: 7161

Conta Corrente: 114207

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, 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.