

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: AGOSTO/2021

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: CLINICA ODONTOLOGICA SIQUEIRA VEIGA S/S LTDA-ME

CNPJ: 12625114000106 (COG - CLINICA ODONTOLOGICA GERACOES)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 48603/MG - CAROLINE MORAIS DE FREITAS (19044) - RESPONSÁVEL

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
588903-I	00202538795500000104	PJ - SARAH JULIA ALVES BATISTA	18/06/2021 COB		212,80	139,08	PARC: 1 DE 1 - ( 194 / 1 ) = 194 X 0,38 =	73,72
595548-I	00202537853500000101	PJ - JOICE FERNANDES SANTOS	23/06/2021 COB		66,12	0,00	PARC: 1 DE 1 - ( 174 / 1 ) = 174 X 0,38 =	66,12
599805-I	00202538795500000103	PJ - SAMUEL ALVES BATISTA	28/06/2021 COB		293,36	0,00	PARC: 1 DE 1 - ( 772 / 1 ) = 772 X 0,38 =	293,36
608657-I	00202525425300008901	PJ - BRENDY GABRIELLY DA SILVA CARDOSO	05/07/2021 COB		548,72	274,36	PARC: 1 DE 1 - ( 722 / 1 ) = 722 X 0,38 =	274,36
611939-I	00202537138700000101	PJ - EDILEUZA MARTINS DA SILVA	07/07/2021 COB		89,30	23,18	PARC: 1 DE 1 - ( 174 / 1 ) = 174 X 0,38 =	66,12
618757-I	00202539562900000102	PJ - AGATHA KAUANNY ALVES DOS REIS	13/07/2021 COB		269,42	69,54	PARC: 1 DE 1 - ( 526 / 1 ) = 526 X 0,38 =	199,88
618787-I	00202539562900000102	EB - AGATHA KAUANNY ALVES DOS REIS	13/07/2021		115,90	115,90	GUIA TOTALMENTE GLOSADA APÓS CONCLUÍDA.	0,00
618799-I	00202539562900000101	PJ - DENILMA MENDES ALVES	13/07/2021 COB		285,00	92,72	PARC: 1 DE 1 - ( 506 / 1 ) = 506 X 0,38 =	192,28
619040-I	00202539884800000101	PJ - VERA APARECIDA DE SOUZA	14/07/2021 COB		66,12	0,00	PARC: 1 DE 1 - ( 174 / 1 ) = 174 X 0,38 =	66,12
619078-I	00202539884800000104	PJ - NAYRA KETLEN DA SILVA	14/07/2021 COB		89,30	23,18	PARC: 1 DE 1 - ( 174 / 1 ) = 174 X 0,38 =	66,12
632368-I	00202540138300000101	PJ - DAYANA FRANCO QUEIROZ	23/07/2021 COB		112,48	46,36	PARC: 1 DE 1 - ( 174 / 1 ) = 174 X 0,38 =	66,12

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: AGOSTO/2021

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 1.364,20		0,00	0,00	1.364,20	1,50	0,00	20,46
Total Atos Complementares (AC)	Base Cálculo INSS PJ	% PJ	Total INSS PJ		% PIS	Dedução PIS	Total PIS
Local Rede 0,00 0,00	1.364,20	0,00	0,00		0,65	0,00	8,87
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		3,00	0,00	40,93
Total Atos Pós Pagamento (PP)			Total Contribuição INSS no Período		% CSLL	Dedução CSLL	Total CSLL
Local Rede 0,00 0,00		Valor	INSS Retido		1,00	0,00	13,64
Total Bruto de Guia(s)					Dedução Dependentes		Demais taxes
2.148,52 11					0,00 0		
Total de Glosas			TOTAL INSS				
784,32			0,00				
Total de (Guias - Glosas)							
1.364,20							
Total Ortodontia(s)							
0,00 0							
Total Crédito(s)							
Total Débito(s)							
Total Crédito/Débito							
Total Bruto R\$ 1.364,20							

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

Data do Crédito:

Banco: UNICRED

Agência: 5301

Conta Corrente: 98280

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
588903	00202538795500000104	SARAH JULIA ALVES BATISTA	18/06/2021
Procedimento: 85100196	Aplicação: 84-O	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO
Procedimento: 85100196	Aplicação: 85-O	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO
Procedimento: 85100196	Aplicação: 74-O	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO
Procedimento: 85100196	Aplicação: 54-O	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO
Procedimento: 85100196	Aplicação: 61-P	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO
Procedimento: 85100196	Aplicação: 62-P	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO
Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
608657	00202525425300008901	BRENDA GABRIELLY DA SILVA CARDOSO	05/07/2021

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: AGOSTO/2021

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

**GUIAS GLOSADAS**

Procedimento: 82001286	Aplicação: 38	Motivo da Glosa: 3043	Descrição: 3043 - APÓS ANÁLISE DA RADIOGRAFIA INICIAL VERIFICOU-SE EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO
Procedimento: 82001286	Aplicação: 48	Motivo da Glosa: 3043	Descrição: 3043 - APÓS ANÁLISE DA RADIOGRAFIA INICIAL VERIFICOU-SE EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
611939	00202537138700000101	EDILEUZA MARTINS DA SILVA	07/07/2021
Procedimento: 85100196	Aplicação: 14-V	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
618757	00202539562900000102	AGATHA KAUANNY ALVES DOS REIS	13/07/2021
Procedimento: 85100196	Aplicação: 36-O	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO
Procedimento: 85100196	Aplicação: 26-O	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO
Procedimento: 85100196	Aplicação: 55-O	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
618787	00202539562900000102	AGATHA KAUANNY ALVES DOS REIS	13/07/2021
Procedimento: 85100196	Aplicação: 16-O	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO
Procedimento: 85100218	Aplicação: 73-D,I,V	Motivo da Glosa: 3040	Descrição: 3040 - GLOSA TECNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE)
Procedimento: 85100218	Aplicação: 83-D,L,V	Motivo da Glosa: 3040	Descrição: 3040 - GLOSA TECNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE)

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
618799	00202539562900000101	DENILMA MENDES ALVES	13/07/2021
Procedimento: 85100196	Aplicação: 27-O	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO
Procedimento: 85100196	Aplicação: 23-M	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO
Procedimento: 85100196	Aplicação: 21-D	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO
Procedimento: 85100196	Aplicação: 16-O	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
619078	00202539884800000104	NAYRA KETLEN DA SILVA	14/07/2021
Procedimento: 85100196	Aplicação: 17-O	Motivo da Glosa: 3017	Descrição: 3017 - PROCEDIMENTO NÃO CORRESPONDE A AVALIAÇÃO

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
632368	00202540138300000101	DAYANA FRANCO QUEIROZ	23/07/2021
Procedimento: 85100218	Aplicação: 36-D,L,O	Motivo da Glosa: 3040	Descrição: 3040 - GLOSA TECNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE)