

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: null

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: CLINICA CAMILA CITO LTDA

CNPJ: 44170943000138 (CLINICA ODONTOLOGICA CAMILA CITO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 7123/CE - CAMILA REBOUCAS CITO (21674) - RESPONSÁVEL

| Guia     | Número Cartão        | Nome do Beneficiário                      | Data       | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição                                 | Valor |
|----------|----------------------|-------------------------------------------|------------|--------|-----------|-------|-------------------------------------------|-------|
| 963136-I | 00202547177700000101 | PJ - FRANCISCO GERLILSON SILVA CHAGAS     | 29/04/2022 | COB    | 62,30     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 178 / 1 ) = 178 X 0,35 = | 62,30 |
| 974496-I | 00202547613400000101 | PJ - FRANCISCO OCELIO LOPES DO NASCIMENTO | 10/05/2022 | COB    | 62,30     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 178 / 1 ) = 178 X 0,35 = | 62,30 |
| 974806-I | 00202547613400000101 | PJ - FRANCISCO OCELIO LOPES DO NASCIMENTO | 10/05/2022 | COB    | 42,70     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 122 / 1 ) = 122 X 0,35 = | 42,70 |
| 963271-I | 00202547177700000102 | PJ - IVANILDO BORGES DE SOUSA             | 29/04/2022 | COB    | 62,30     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 178 / 1 ) = 178 X 0,35 = | 62,30 |
| 962544-I | 00202547177700000103 | PJ - RONIEL VIEIRA DE SOUZA               | 29/04/2022 | COB    | 62,30     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 178 / 1 ) = 178 X 0,35 = | 62,30 |

#### 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             | 291,90       | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| 0,00 291,90                      |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS PJ               | % PJ    | Total INSS PJ    |              | % PIS               | Dedução PIS     | Total PIS    |
| Local Rede                       | 291,90                             | 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 |
| 291,90 5                         |                                    |         |                  |              | 0,00 0              |                 |              |
| Total de Glosas                  |                                    |         | TOTAL INSS       |              |                     |                 |              |
| 0,00                             |                                    |         | 0,00             |              |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                                    |         |                  |              |                     | TOTAL LIQUIDO   |              |
| 291,90                           |                                    |         |                  |              |                     | R\$ 291,90      |              |
| Total Ortodontia(s)              |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| 0,00 0                           |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Bruto R\$ 291,90           |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |

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

Data do Crédito:

Banco: BANCO SANTANDER BRASIL S.A.

Agência: 4279

Conta Corrente: 000130065810

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.