

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: AGOSTO/2020

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: CENTRO ODONTOLOGICO INTERNACIONAL 24 HORAS LTDA

CNPJ: 03204614000264 (CENTRO ODONTOLOGICO INTERNACIONAL 24 HORAS LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 40187/SP - SONIA DONIZETE ADELIA CAETANO BIONDI (13584) - RESPONSÁVEL

| Guia     | Número Cartão        | Nome do Beneficiário               | Data       | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição                               | Valor |
|----------|----------------------|------------------------------------|------------|--------|-----------|-------|-----------------------------------------|-------|
| 315916-I | 00202510550601272801 | PJ - EFIGENIA GOMES DE SA CARVALHO | 22/05/2020 | COB    | 63,00     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 42 / 1 ) = 42 X 01,5 = | 63,00 |
| 325814-I | 00202528408100000102 | PJ - CAROLINE ALVES DA SILVA       | 17/06/2020 | COB    | 63,00     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 42 / 1 ) = 42 X 01,5 = | 63,00 |
| 337179-I | 00202510550601877401 | PJ - ANDREIA FERREIRA DOS SANTOS   | 10/07/2020 | COB    | 63,00     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 42 / 1 ) = 42 X 01,5 = | 63,00 |
| 337193-I | 00202530519700000101 | PJ - SONIA POTAPOVAS               | 10/07/2020 | COB    | 63,00     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 42 / 1 ) = 42 X 01,5 = | 63,00 |
| 341212-I | 40641400008100189104 | PJ - VAGNER SIQUEIRA LULU          | 17/07/2020 | COB    | 63,00     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 42 / 1 ) = 42 X 01,5 = | 63,00 |

#### 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            |                                    | 0,00    | 0,00             | 315,00       | 0,00      | 0,00                | 0,00         |
| 0,00 315,00                      |                                    |         |                  |              |           |                     |              |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS PJ               | % PJ    | Total INSS PJ    |              | % PIS     | Dedução PIS         | Total PIS    |
| Local Rede                       | 315,00                             | 0,00    | 0,00             |              | 0,65      | 0,00                | 2,05         |
| 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             |              | 3,00      | 0,00                | 9,45         |
| 0,00 0,00                        |                                    |         |                  |              |           |                     |              |
| Total Atos Pós Pagamento (PP)    | Total Contribuição INSS no Período |         |                  |              | % CSLL    | Dedução CSLL        | Total CSLL   |
| Local Rede                       | Valor                              |         | INSS Retido      |              | 1,00      | 0,00                | 3,15         |
| 0,00 0,00                        |                                    |         |                  |              |           |                     |              |
| Total Bruto de Guia(s)           |                                    |         |                  |              |           | Dedução Dependentes | Demais taxas |
| 315,00 5                         |                                    |         |                  |              |           | 0,00 0              |              |
| Total de Glosas                  |                                    |         | TOTAL INSS       |              |           |                     |              |
| 0,00                             |                                    |         | 0,00             |              |           |                     |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                                    |         |                  |              |           | TOTAL LIQUIDO       |              |
| 315,00                           |                                    |         |                  |              |           | R\$ 300,35          |              |
| Total Ortodontia(s)              |                                    |         |                  |              |           |                     |              |
| 0,00 0                           |                                    |         |                  |              |           |                     |              |
| Total Crédito(s)                 |                                    |         |                  |              |           |                     |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |           |                     |              |
| Total Débito(s)                  |                                    |         |                  |              |           |                     |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |           |                     |              |
| Total Crédito/Débito             |                                    |         |                  |              |           |                     |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |           |                     |              |
| Total Bruto R\$ 315,00           |                                    |         |                  |              |           |                     |              |

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

Data do Crédito:

Banco: BANCO BRADESCO S.A.

Agência: 0302

Conta Corrente: 2201844

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.

