

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: MAIO/2020

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: MEU SORRISO SERVICOS ODONTOLOGICOS LTDA

CNPJ: 28288659000104 (MEU SORRISO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 121696/SP - FABIONEIDE SIMONI AZEVEDO PEREIRA CANDIDO (13498) - RESPONSÁVEL

| Guia     | Número Cartão        | Nome do Beneficiário                     | Data       | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição                                | Valor |
|----------|----------------------|------------------------------------------|------------|--------|-----------|-------|------------------------------------------|-------|
| 296353-I | 00202510550601606601 | PJ - SELMA CRISTINA FELIX DA COSTA SILVA | 04/03/2020 | COB    | 77,40     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 258 / 1 ) = 258 X 0,3 = | 77,40 |
| 296356-I | 00202510550601606601 | PJ - SELMA CRISTINA FELIX DA COSTA SILVA | 04/03/2020 | COB    | 43,20     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 144 / 1 ) = 144 X 0,3 = | 43,20 |
| 307768-I | 00202510550601606601 | PJ - SELMA CRISTINA FELIX DA COSTA SILVA | 22/04/2020 | COB    | 26,40     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 88 / 1 ) = 88 X 0,3 =   | 26,40 |

#### 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             | 147,00       | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| 0,00 147,00                      |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS PJ               | % PJ        | Total INSS PJ    |              | % PIS               | Dedução PIS     | Total PIS    |
| Local Rede                       | 147,00                             | 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 |
| 147,00 3                         |                                    |             |                  |              | 0,00 0              |                 |              |
| Total de Glosas                  |                                    |             | TOTAL INSS       | 0,00         |                     |                 |              |
| 0,00                             |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                                    |             |                  |              |                     | TOTAL LIQUIDO   |              |
| 147,00                           |                                    |             |                  |              |                     | R\$ 147,00      |              |
| Total Ortodontia(s)              |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| 0,00 0                           |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Bruto R\$ 147,00           |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |

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

Data do Crédito: 29/05/2020

Banco: BANCO BRADESCO S.A.

Agência: 15253

Conta Corrente: 135127

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.