

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: JUNHO/2024

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: CLINICA ODONTOLOGICA ALIFE LTDA

CNPJ: 41975791000152 (CLINICA ODONTOLOGICA ALIFE)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 9184/ES - ANNA CAROLINA MARTINS PENA (20214) - RESPONSÁVEL

| Guia      | Número Cartão         | Nome do Beneficiário         | Data       | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição                               | Valor |
|-----------|-----------------------|------------------------------|------------|--------|-----------|-------|-----------------------------------------|-------|
| 1887275-I | 002025113408300000101 | PJ - NAIR VALENCA DE SANTANA | 17/05/2024 | COB    | 11,90     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 34 / 1 ) = 34 X 0,35 = | 11,90 |

#### 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             | 11,90        | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| 0,00 11,90                       |                                    |            |                  |              |                     |                 |              |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS PJ               | % PJ       | Total INSS PJ    |              | % PIS               | Dedução PIS     | Total PIS    |
| Local Rede                       |                                    | 11,90 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 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 |
| 11,90 1                          |                                    |            |                  |              | 0,00 0              |                 |              |
| Total de Glosas                  |                                    |            | TOTAL INSS       |              |                     |                 |              |
| 0,00                             |                                    |            | 0,00             |              |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                                    |            |                  |              |                     | TOTAL LIQUIDO   |              |
| 11,90                            |                                    |            |                  |              |                     | R\$ 11,90       |              |
| Total Ortodontia(s)              |                                    |            |                  |              |                     |                 |              |
| 0,00 0                           |                                    |            |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                                    |            |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |            |                  |              |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                                    |            |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |            |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                                    |            |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |            |                  |              |                     |                 |              |
| Total Bruto R\$ 11,90            |                                    |            |                  |              |                     |                 |              |

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

Data do Crédito: 30/06/2024

Banco: BANCO SANTANDER BRASIL S.A.

Agência: 1160

Conta Corrente: 130020509

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.