

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: NOVEMBRO/2024

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: CLINODONTO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 07820078000100 (CLINODONTO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 3787/RO - TAMMY GABRIELE LEMOS MELO (18345) - RESPONSÁVEL

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
2036371-I	002025116898700000101	PJ - CLEICE ELLE SOARES PASSOS	20/09/2024 COB		48,80	0,00	PARC: 1 DE 1 - ( 122 / 1 ) = 122 X 0,4 =	48,80
2036378-I	002025116898700000101	PJ - CLEICE ELLE SOARES PASSOS	20/09/2024 COB		48,80	0,00	PARC: 1 DE 1 - ( 122 / 1 ) = 122 X 0,4 =	48,80
2036382-I	002025116898700000101	PJ - CLEICE ELLE SOARES PASSOS	20/09/2024 COB		103,20	5,60	PARC: 1 DE 1 - ( 244 / 1 ) = 244 X 0,4 =	97,60
2040128-I	002025114224700000101	PJ - WILLIAN FELIPE ROCHA DA SILVA	24/09/2024 COB		71,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - ( 178 / 1 ) = 178 X 0,4 =	71,20
2040192-I	002025114224700000102	PJ - CLARA VITORIA ROCHA OLIVEIRA	24/09/2024 COB		13,60	0,00	PARC: 1 DE 1 - ( 34 / 1 ) = 34 X 0,4 =	13,60
2052490-I	002025114224700000102	PJ - CLARA VITORIA ROCHA OLIVEIRA	03/10/2024 COB		56,00	0,00	PARC: 1 DE 1 - ( 140 / 1 ) = 140 X 0,4 =	56,00
2055003-I	002025116898700000102	PJ - JOSEANA DE ANDRADE SILVA	04/10/2024 COB		29,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - ( 73 / 1 ) = 73 X 0,4 =	29,20

Cirurgião Dentista: 1423/RO - CARLA DANTAS FERREIRA (23104) - PRESTADOR

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
2058693-I	002025117401800000102	PJ - JAMYLY BRITO DO AMARAL	08/10/2024 COB		73,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - ( 183 / 1 ) = 183 X 0,4 =	73,20

Cirurgião Dentista: 3232/RO - UELITON SALES SARMENTO (24851) - PRESTADOR

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
2050561-I	002025111996300000101	EB - THIAGO LUIZ ALVES LOBATO	01/10/2024		218,80	218,80	GUIA TOTALMENTE GLOSADA APOS CONCLUIDA.	0,00

Cirurgião Dentista: 4309/RO - CRISTINA RAMOS FERREIRA (26029) - PRESTADOR

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
2050506-I	002025111996300000101	PJ - THIAGO LUIZ ALVES LOBATO	01/10/2024 COB		71,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - ( 178 / 1 ) = 178 X 0,4 =	71,20

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: NOVEMBRO/2024

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	509,60	0,00	0,00	509,60	0,00	0,00	0,00
Total Atos Complementares (AC)	Base Cálculo INSS PJ	% PJ	Total INSS PJ		% PIS	Dedução PIS	Total PIS
Local Rede 0,00	509,60	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
Total Atos Pós Pagamento (PP)			Total Contribuição INSS no Período		% CSLL	Dedução CSLL	Total CSLL
Local Rede 0,00		Valor	INSS Retido		0,00	0,00	0,00
Total Bruto de Guia(s)					Dedução Dependentes		Demais taxes
734,00	10				0,00	0	
Total de Glosas			TOTAL INSS				
224,40			0,00				
Total de (Guias - Glosas)							
509,60							
Total Ortodontia(s)							
0,00	0						
Total Crédito(s)							
Total Débito(s)							
Total Crédito/Débito							
Total Bruto R\$ 509,60							

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

Data do Crédito:

Banco: SICOOB

Agência: 5024

Conta Corrente: 3018890

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.

GUIAS GLOSADAS			
Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
2036382	002025116898700000101	PJ - CLEICE ELLE SOARES PASSOS	20/09/2024
Procedimento: 81000421	Aplicação:	Motivo da Glosa: 3081	Descrição: 3081 - RADIOGRAFIA/FOTO INICIAL NÃO ENVIADA
Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
2050561	002025111996300000101	EB - THIAGO LUIZ ALVES LOBATO	01/10/2024
Procedimento: 85200158	Aplicação: 47	Motivo da Glosa: 3040	Descrição: 3040 - GLOSA TECNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE)
Procedimento: 81000421	Aplicação:	Motivo da Glosa: 3040	Descrição: 3040 - GLOSA TECNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE)

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: NOVEMBRO/2024

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Resumo do Pagamento

Total Atos Cobertos (COB)	Base Cálculo INSS PF	% PF	Total INSS PF	Base Cálculo	% IRRF	Dedução IRRF	Total IRRF
Local Rede Prestadora 0,00 509,60		0,00	0,00	509,60	0,00	0,00	0,00
Total Atos Complementares (AC)	Base Cálculo INSS PJ	% PJ	Total INSS PJ		% PIS	Dedução PIS	Total PIS
Local Rede 0,00 0,00	509,60	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				
Local Rede 0,00 0,00		Valor	INSS Retido				
Total Bruto de Guia(s)					Dedução Dependentes		Demais taxas
734,00 10					0,00 0		
Total de Glosas			TOTAL INSS				
224,40			0,00				
Total de (Guias - Glosas)							
509,60							
Total Ortodontia(s)							
0,00 0							
Total Crédito(s)							
Total Débito(s)							
Total Crédito/Débito							
Total Bruto R\$ 509,60							

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

Data do Crédito:

Banco: SICOOB

Agência: 5024

Conta Corrente: 3018890