

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: JANEIRO/2024

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: A P L DA SILVA CLINICA ODONTOLOGICA

CNPJ: 28650415000120 (DENTE CARE UNIDADE JABAQUARA I)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 67443/SP - MARCIO SIMOES (19152) - RESPONSÁVEL

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
1699119-I	00202589390000000102	PJ - ALANA VITORIA LIMA DE SOUSA	27/11/2023	COB	129,20	56,00	PARC: 1 DE 1 - (183 / 1) = 183 X 0,4 =	73,20
1699828-I	00202589236300000101	PJ - RYAN BONATI SILVA	28/11/2023	COB	13,60	0,00	PARC: 1 DE 1 - (34 / 1) = 34 X 0,4 =	13,60
1706284-I	00202578828500000103	PJ - DANILLO DE ARAUJO SILVA	02/12/2023	COB	82,00	0,00	PARC: 1 DE 1 - (205 / 1) = 205 X 0,4 =	82,00
1713464-I	00202589236300000101	PJ - RYAN BONATI SILVA	08/12/2023	COB	117,20	35,20	PARC: 1 DE 1 - (205 / 1) = 205 X 0,4 =	82,00
1716240-I	00202589390000000102	PJ - ALANA VITORIA LIMA DE SOUSA	12/12/2023	COB	73,20	0,00	PARC: 1 DE 1 - (183 / 1) = 183 X 0,4 =	73,20

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 0,00 324,00		0,00	0,00	324,00	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	324,00	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 0,00 0,00		Valor	INSS Retido		0,00	0,00	0,00
Total Bruto de Guia(s)					Dedução Dependentes		Demais taxas
415,20 5					0,00 0		
Total de Glosas			TOTAL INSS				
91,20			0,00				
Total de (Guias - Glosas)							
324,00							
Total Ortodontia(s)							
0,00 0							
Total Crédito(s)							
Total Débito(s)							
Total Crédito/Débito							
Total Bruto R\$ 324,00							

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

Data do Crédito: 31/01/2024

Banco: BANCO SANTANDER BRASIL S.A.

Agência: 4337

Conta Corrente: 130024243

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), 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
1699119	00202589390000000102	ALANA VITORIA LIMA DE SOUSA	27/11/2023

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: JANEIRO/2024

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

GUIAS GLOSADAS

Procedimento: 84000198 Aplicação: Motivo da Glosa: 3008 Descrição: 3008 - COBRANCA DE PROCEDIMENTO
ODONTOLOGICO INCLUSO NO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
1713464	00202589236300000101	RYAN BONATI SILVA	08/12/2023
Procedimento: 85100200	Aplicação: 37-M,O	Motivo da Glosa: 3081	Descrição: 3081 - RADIOGRAFIA/FOTO INICIAL NÃO ENVIADA