

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: JANEIRO/2026

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: K E F FAVACHO

CNPJ: 19898036000162 (ODONTO NEWS MACAPA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 433/AP - KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO (13627) - RESPONSÁVEL

| Guia      | Número Cartão         | Nome do Beneficiário           | Data       | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição                                 | Valor  |
|-----------|-----------------------|--------------------------------|------------|--------|-----------|-------|-------------------------------------------|--------|
| 2571632-I | 00202540932700000101  | PJ - ANTONIA MORAES NOGUEIRA   | 09/12/2025 | COB    | 109,80    | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 244 / 1 ) = 244 X 0,45 = | 109,80 |
| 2583515-I | 002025125194500000101 | PJ - FABIANA FERREIRA DA SILVA | 18/12/2025 | COB    | 109,80    | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 244 / 1 ) = 244 X 0,45 = | 109,80 |

#### 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             | 219,60       | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| 0,00 219,60                      |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS PJ               | % PJ    | Total INSS PJ    |              | % PIS               | Dedução PIS     | Total PIS    |
| Local Rede                       | 219,60                             | 0,00    | 0,00             |              | 0,65                | 0,00            | 1,43         |
| 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            | 6,59         |
| 0,00 0,00                        |                                    |         |                  |              | % CSLL              | Dedução CSLL    | Total CSLL   |
| Total Atos Pós Pagamento (PP)    | Total Contribuição INSS no Período |         |                  |              | 1,00                | 0,00            | 2,20         |
| Local Rede                       | Valor                              |         | INSS Retido      |              |                     |                 |              |
| 0,00 0,00                        | 0,00                               |         | 0,00             |              |                     |                 |              |
| Total Bruto de Guia(s)           |                                    |         |                  |              | Dedução Dependentes |                 | Demais taxas |
| 219,60 2                         |                                    |         |                  |              | 0,00 0              |                 |              |
| Total de Glosas                  |                                    |         | TOTAL INSS       |              |                     |                 |              |
| 0,00                             |                                    |         | 0,00             |              |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                                    |         |                  |              |                     | TOTAL LIQUIDO   |              |
| 219,60                           |                                    |         |                  |              |                     | R\$ 209,38      |              |
| Total Ortodontia(s)              |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| 0,00 0                           |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |
| Total Bruto R\$ 219,60           |                                    |         |                  |              |                     |                 |              |

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

Data do Crédito:

Banco: BANCO SANTANDER BRASIL S.A.

Agência: 3191

Conta Corrente: 130049003

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.

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: JANEIRO/2026

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    | 0,00             | 219,60       | 0,00      | 0,00            | 0,00         |
| 0,00 219,60                      |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS PJ               | % PJ    | Total INSS PJ    |              | % PIS     | Dedução PIS     | Total PIS    |
| Local Rede                       | 219,60                             | 0,00    | 0,00             |              | 0,65      | 0,00            | 1,43         |
| 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            | 6,59         |
| 0,00 0,00                        |                                    |         |                  |              | % CSLL    | Dedução CSLL    | Total CSLL   |
| Total Atos Pós Pagamento (PP)    |                                    |         |                  |              | 1,00      | 0,00            | 2,20         |
| Local Rede                       |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
| 0,00 0,00                        |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Bruto de Guia(s)           | Total Contribuição INSS no Período |         |                  |              |           |                 |              |
| 219,60 2                         | Valor INSS Retido                  |         |                  |              |           |                 |              |
|                                  | 0,00 0,00                          |         |                  |              |           |                 |              |
| Total de Glosas                  |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
| 0,00                             |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
| 219,60                           |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Ortodontia(s)              |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
| 0,00 0                           |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
|                                  |                                    |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Bruto R\$ 219,60           |                                    |         |                  |              |           |                 |              |

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

Data do Crédito:

Banco: BANCO SANTANDER BRASIL S.A.

Agência: 3191

Conta Corrente: 130049003