

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: AGOSTO/2020

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: GONCALVES RADIOGRAFIA ODONTOLOGICA E DOCUMENTACAO ORTODONTIC

CNPJ: 17882871000189 (ODONTODOC NOVA LIMA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 7491/MG - RAIMUNDO NONATO STEHLING FILHO (13166) - PRESTADOR

| Guia     | Número Cartão        | Nome do Beneficiário             | Data       | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição                              | Valor |
|----------|----------------------|----------------------------------|------------|--------|-----------|-------|----------------------------------------|-------|
| 331651-I | 00202527493300000101 | PJ - IRENE FERREIRA XAVIER CUNHA | 30/06/2020 | COB    | 5,60      | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 14 / 1 ) = 14 X 0,4 = | 5,60  |

#### 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             | 5,60         | 0,00                | 0,00            | 0,00          |
| 0,00 5,60                        | Base Cálculo INSS PJ               | % PJ      | Total INSS PJ    |              | % PIS               | Dedução PIS     | Total PIS     |
| Total Atos Complementares (AC)   |                                    | 5,60 0,00 | 0,00             |              | 0,00                | 0,00            | 0,00          |
| Local Rede                       |                                    |           |                  |              |                     |                 |               |
| 0,00 0,00                        | Base Cálculo INSS Benef            | % Benef   | Total INSS Benef |              | % CONFINS           | Dedução CONFINS | Total CONFINS |
| Total Atos Co-participação (ACO) |                                    | 0,00      | 0,00             |              | 0,00                | 0,00            | 0,00          |
| Local Rede                       |                                    |           |                  |              | % CSLL              | Dedução CSLL    | Total CSLL    |
| 0,00 0,00                        |                                    |           |                  |              | 0,00                | 0,00            | 0,00          |
| Total Atos Pós Pagamento (PP)    | Total Contribuição INSS no Período |           |                  |              |                     |                 |               |
| Local Rede                       | Valor INSS Retido                  |           |                  |              |                     |                 |               |
| 0,00 0,00                        | 0,00 0,00                          |           |                  |              |                     |                 |               |
| Total Bruto de Guia(s)           |                                    |           |                  |              | Dedução Dependentes |                 | Demais taxas  |
| 5,60 1                           |                                    |           |                  |              | 0,00 0              |                 |               |
| Total de Glosas                  | TOTAL INSS                         |           |                  |              |                     |                 |               |
| 0,00                             | 0,00                               |           |                  |              |                     |                 |               |
| Total de (Guias - Glosas)        |                                    |           |                  |              |                     | TOTAL LIQUIDO   |               |
| 5,60                             |                                    |           |                  |              |                     | R\$ 5,60        |               |
| Total Ortodontia(s)              |                                    |           |                  |              |                     |                 |               |
| 0,00 0                           |                                    |           |                  |              |                     |                 |               |
| Total Crédito(s)                 |                                    |           |                  |              |                     |                 |               |
|                                  |                                    |           |                  |              |                     |                 |               |
| Total Débito(s)                  |                                    |           |                  |              |                     |                 |               |
|                                  |                                    |           |                  |              |                     |                 |               |
| Total Crédito/Débito             |                                    |           |                  |              |                     |                 |               |
|                                  |                                    |           |                  |              |                     |                 |               |
| Total Bruto R\$ 5,60             |                                    |           |                  |              |                     |                 |               |

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

Data do Crédito:

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Agência: 5037

Conta Corrente: 1613570

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.