

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: MARCO/2020

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Cirurgião Dentista: 18257/MG - MARIA IGNEZ BARBOSA VALENTE (2118)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

| Guia     | Número Cartão        | Nome do Beneficiário           | Data       | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição                                 | Valor |
|----------|----------------------|--------------------------------|------------|--------|-----------|-------|-------------------------------------------|-------|
| 285739-I | 00202521185500049503 | PJ - LUIZ MARCELO ALVES DE     | 10/02/2020 | COB    | 67,64     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 178 / 1 ) = 178 X 0,38 = | 67,64 |
| 294122-I | 00202529407700000106 | PJ - ANA LUIZA BRANT FERNANDES | 02/03/2020 | COB    | 67,64     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 178 / 1 ) = 178 X 0,38 = | 67,64 |
| 296072-I | 00202522084600000105 | PJ - ROBERVAL ALVES DE SANTANA | 04/03/2020 | COB    | 55,48     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 146 / 1 ) = 146 X 0,38 = | 55,48 |
| 296101-I | 00202506065500068802 | PJ - IAN LEO OLIVEIRA          | 04/03/2020 | COB    | 67,64     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 178 / 1 ) = 178 X 0,38 = | 67,64 |

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                       | 0,00                    | 11,00   | 0,00             | 229,98       | 0,00      | 0,00            | 0,00         |
| 0,00 258,40                      | Base Cálculo INSS PJ    | % PJ    | Total INSS PJ    |              | % PIS     | Dedução PIS     | Total PIS    |
|                                  | 258,40                  | 11,00   | 28,42            |              | 0,00      | 0,00            | 0,00         |
| Total Atos Complementares (AC)   | Base Cálculo INSS Benef | % Benef | Total INSS Benef |              | % CONFINS | Dedução CONFINS | Total COFINS |
| Local Rede                       | 0,00                    | 11,00   | 0,00             |              | 0,00      | 0,00            | 0,00         |
| 0,00 0,00                        |                         |         |                  |              | % CSLL    | Dedução CSLL    | Total CSLL   |
| Total Atos Co-participação (ACO) |                         |         |                  |              | 0,00      | 0,00            | 0,00         |
| Local Rede                       |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| 0,00 0,00                        |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Atos Pós Pagamento (PP)    |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| Local Rede                       |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| 0,00 0,00                        |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Bruto de Guia(s)           |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| 258,40 4                         |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| Total de Glosas                  |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| 0,00                             |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| 258,40                           |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Ortodontia(s)              |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| 0,00 0                           |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                         |         |                  |              |           |                 |              |
|                                  |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                         |         |                  |              |           |                 |              |
|                                  |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                         |         |                  |              |           |                 |              |
|                                  |                         |         |                  |              |           |                 |              |
| Total Bruto R\$ 258,40           |                         |         |                  |              |           |                 |              |

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

Data do Crédito:

Banco: BANCO BRADESCO S.A.

Agência: 22683

Conta Corrente: 03058905

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, Inscrição Municipal 178392-5, 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.

#### Resumo do Pagamento

|                                  |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
|----------------------------------|------------------------------------|---------|------------------|--------------|-----------|---------------------|---------------|
| Total Atos Cobertos (COB)        | Base Cálculo INSS PF               | % PF    | Total INSS PF    | Base Cálculo | % IRRF    | Dedução IRRF        | Total IRRF    |
| Local Rede                       | 0,00                               | 11,00   | 0,00             | 229,98       | 0,00      | 0,00                | 0,00          |
| 0,00 258,40                      |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
|                                  | Base Cálculo INSS PJ               | % PJ    | Total INSS PJ    |              | % PIS     | Dedução PIS         | Total PIS     |
| Total Atos Complementares (AC)   | 258,40                             | 11,00   | 28,42            |              | 0,00      | 0,00                | 0,00          |
| Local Rede                       |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
| 0,00 0,00                        |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
|                                  | Base Cálculo INSS Benef            | % Benef | Total INSS Benef |              | % CONFINS | Dedução CONFINS     | Total COFINS  |
| Total Atos Co-participação (ACO) | 0,00                               | 11,00   | 0,00             |              | 0,00      | 0,00                | 0,00          |
| Local Rede                       |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
| 0,00 0,00                        |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
|                                  |                                    |         |                  |              | % CSLL    | Dedução CSLL        | Total CSLL    |
| Total Atos Pós Pagamento (PP)    |                                    |         |                  |              | 0,00      | 0,00                | 0,00          |
| Local Rede                       |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
| 0,00 0,00                        |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
|                                  | Total Contribuição INSS no Período |         |                  |              |           |                     |               |
|                                  | Valor                              |         | INSS Retido      |              |           |                     |               |
|                                  | 0,00                               |         | 0,00             |              |           |                     |               |
| Total Bruto de Guia(s)           |                                    |         |                  |              |           | Dedução Dependentes | Demais taxas  |
| 258,40 4                         |                                    |         |                  |              |           | 0,00 0              |               |
|                                  |                                    |         | TOTAL INSS       |              |           |                     |               |
| Total de Glosas                  |                                    |         | 28,42            |              |           |                     |               |
| 0,00                             |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
| Total de (Guias - Glosas)        |                                    |         |                  |              |           |                     | TOTAL LIQUIDO |
| 258,40                           |                                    |         |                  |              |           |                     | R\$ 229,98    |
| Total Ortodontia(s)              |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
| 0,00 0                           |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
|                                  |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
| Total Crédito(s)                 |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
|                                  |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
| Total Débito(s)                  |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
|                                  |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
| Total Crédito/Débito             |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
|                                  |                                    |         |                  |              |           |                     |               |
| Total Bruto                      |                                    |         |                  |              |           |                     | R\$ 258,40    |

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

Data do Crédito:

Banco: BANCO BRADESCO S.A.

Agência: 22683

Conta Corrente: 03058905

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.