

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: FEVEREIRO/2022

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Cirurgião Dentista: 103830/SP - CAROLINE NORMANDA DE LIMA SILVA GOMES (15080)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

| Guia     | Número Cartão        | Nome do Beneficiário                    | Data       | Tp Ato | Vlr Bruto | Glosa | Descrição                                | Valor |
|----------|----------------------|-----------------------------------------|------------|--------|-----------|-------|------------------------------------------|-------|
| 826255-I | 00202544417300000101 | PJ - GISELLI CAMARGO PINTO              | 27/12/2021 | COB    | 18,30     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 61 / 1 ) = 61 X 0,3 =   | 18,30 |
| 847952-I | 00202544840800000101 | PJ - VIVIANE DE LIMA ROCHA              | 20/01/2022 | COB    | 53,40     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 178 / 1 ) = 178 X 0,3 = | 53,40 |
| 850724-I | 00202510550600887701 | PJ - ADEMIR MENDES DE MIRANDA           | 24/01/2022 | COB    | 44,70     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 149 / 1 ) = 149 X 0,3 = | 44,70 |
| 853931-I | 00202510550601812504 | PJ - ALINE DA SILVA LIMA PEREIRA        | 26/01/2022 | COB    | 10,20     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 34 / 1 ) = 34 X 0,3 =   | 10,20 |
| 859260-I | 00202510550600887703 | PJ - SOPHIA LUCAS DOS SANTOS DE MIRANDA | 31/01/2022 | COB    | 18,30     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 61 / 1 ) = 61 X 0,3 =   | 18,30 |
| 859283-I | 00202510550600887703 | PJ - SOPHIA LUCAS DOS SANTOS DE MIRANDA | 31/01/2022 | COB    | 18,30     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - ( 61 / 1 ) = 61 X 0,3 =   | 18,30 |

## 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             | 145,25       | 0,00                | 0,00            | 0,00         |
| 0,00 163,20                      |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
|                                  | Base Cálculo INSS PJ               | % PJ        | Total INSS PJ    |              | % PIS               | Dedução PIS     | Total PIS    |
| Total Atos Complementares (AC)   | 163,20                             | 11,00       | 17,95            |              | 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   |
|                                  |                                    |             |                  |              | 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        |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |             |                  |              | Dedução Dependentes |                 | Demais taxas |
| Total Bruto de Guia(s)           |                                    |             |                  |              | 0,00 0              |                 |              |
| 163,20 <sup>6</sup>              |                                    |             | TOTAL INSS       |              |                     |                 |              |
| Total de Glosas                  |                                    |             | 17,95            |              |                     |                 |              |
| 0,00                             |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total de (Guias - Glosas)        |                                    |             |                  |              |                     | TOTAL LIQUIDO   |              |
| 163,20                           |                                    |             |                  |              |                     | R\$ 145,25      |              |
| Total Ortodontia(s)              |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| 0,00 <sup>0</sup>                |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito(s)                 |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Débito(s)                  |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Crédito/Débito             |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
|                                  |                                    |             |                  |              |                     |                 |              |
| Total Bruto                      | R\$ 163,20                         |             |                  |              |                     |                 |              |

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

Data do Crédito:

Banco: SICOOB

Agência: 5122

Conta Corrente: 121819

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.