

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: ABRIL/2024

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

Razão Social: R.O.D. RADIOLOGIA ODONTOLOGICA E DIAGNOSTICO S/S LTDA.

CNPJ: 01055957000106 (CIRO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Cirurgião Dentista: 21354/SP - LUIZ CARLOS FERREIRA PIRES (567) - RESPONSÁVEL

Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data	Tp Ato	Vlr Bruto	Glosa	Descrição	Valor
1761407-P	00202510550601730902	EB - GABRIEL HENRIQUE RODRIGUES ROSSINI	29/01/2024		163,83	163,83	GUIA TOTALMENTE GLOSADA APOS CONCLUIDA.	0,00
1785590-I	002025110550800000101	EB - LUCIANA DO NASCIMENTO SANTOS	20/02/2024		33,54	33,54	GUIA TOTALMENTE GLOSADA APOS CONCLUIDA.	0,00

#### 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	0,00	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		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
Total Atos Pós Pagamento (PP)			Total Contribuição INSS no Período		% CSLL	Dedução CSLL	Total CSLL
Local Rede			Valor INSS Retido		0,00	0,00	0,00
			0,00 0,00				
Total Bruto de Guia(s)					Dedução Dependentes		Demais taxas
197,37 2					0,00 0		
Total de Glosas			TOTAL INSS				
197,37			0,00				
Total de (Guias - Glosas)						TOTAL LIQUIDO	
0,00						R\$ 0,00	
Total Ortodontia(s)							
0,00 0							
Total Crédito(s)							
Total Débito(s)							
Total Crédito/Débito							
Total Bruto R\$ 0,00							

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

Data do Crédito: 30/04/2024

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Agência: 32352

Conta Corrente: 230529

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.

GUIAS GLOSADAS			
Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
1761407	00202510550601730902	EB - GABRIEL HENRIQUE RODRIGUES ROSSINI	29/01/2024
Procedimento: 345	Aplicação:	Motivo da Glosa: 3052	Descrição: 3052 - DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA, INCORRETA OU AUSENTE
Guia	Número Cartão	Nome do Beneficiário	Data
1785590	002025110550800000101	EB - LUCIANA DO NASCIMENTO SANTOS	20/02/2024

Relatório: Aviso de Crédito - Informe de Rendimentos

Período de Competência: ABRIL/2024

Operadora: ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA CNPJ: 01468033000123

GUIAS GLOSADAS

Procedimento: 81000405 Aplicação: Motivo da Glosa: 3081 Descrição: 3081 - RADIOGRAFIA/FOTO INICIAL NÃO ENVIADA

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	0,00	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		0,00	0,00	0,00
	Base Cálculo INSS Benef	% Benef	Total INSS Benef		% CONFINS	Dedução CONFINS	Total COFINS
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
Total Atos Pós Pagamento (PP)	Total Contribuição INSS no Período						
Local Rede	Valor	INSS Retido					
	0,00	0,00					
Total Bruto de Guia(s)					Dedução Dependentes		Demais taxas
197,37 2					0,00 0		
Total de Glosas			TOTAL INSS				
197,37			0,00				
Total de (Guias - Glosas)						TOTAL LIQUIDO	
0,00						R\$ 0,00	
Total Ortodontia(s)							
0,00 0							
Total Crédito(s)							
Total Débito(s)							
Total Crédito/Débito							
Total Bruto R\$ 0,00							

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

Data do Crédito: 30/04/2024

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Agência: 32352

Conta Corrente: 230529