

FORMULÁRIO PARA RPS

Informações Básicas

Nome:	EUNICE MITIKO OGIDO UEDA						
Estado civil:	CASADA	Data de Nascimento:	22/11/1967				
Cidade de Nascimento:	CALIFÓRNIA	Estado:	PR				
CPF:	673.471.429-20	PIS:	1.900.728.853-1				
RG:	4110397-3	Orgão:	SSP	UF:	PR	Data Emissão:	31/08/2021
Raça/ Cor:	AMARELA	Escolaridade:	SUPERIOR				
Endereço:	AV. CURITIBA			Nº:	1433		
Complemento:	SALA 114	Bairro:	CENTRO				
Cidade:	APUCARANA	Estado:	PR				
CEP:	86800-704	Fone:	43-99910-3606				
Inscrição Municipal/Estadual		Profissão:	DENTISTA				

Informação Bancária

Banco:	BRABESCO	Agencia:	3509	Conta:	3822-9	☒ Corrente
						☐ Poupança

Forma de Pagamento

Data prevista para pagamento:		☒ Líquido
Valor combinado:	250,00	☐ Bruto
Tipo de serviço prestado:	ATENDIMENTO EMERGENCIAL ODONTOLÓGICO	
Solicitado por:		

TODOS OS CAMPOS ACIMA DEVEM SER PREENCHIDOS ANTES DE SER ENVIADO.

CAMPOS A SER PREENCHIDOS PELA CLÍNICA

Autorizado por:		Data:	
Obsrvações:			

Enviar junto: Cópia do RG do CPF do PIS e do Comprovante de Endereço