

FORMULÁRIO PARA RPS

Informações Básicas

Nome: **CASSIANO MARTINS GOMES**

Estado civil: **Casado**

Data de Nascimento: **20/01/1972**

Cidade de Nascimento: **Maringá**

Estado: **Paraná**

CPF: **696.170.909-53**

PIS: **113.96853.24-8**

RG: **5.290.694-2**

Orgão: **SSP**

UF: **PR**

Data Emissão: **15/05/1990**

Raça/ Cor: **Branca**

Escolaridade: **Superior Completo**

Endereço: **Rua Joubert de Carvalho**

Nº: **373**

Complemento: **sala 204**

Bairro: **Centro**

Cidade: **Maringá**

Estado: **Paraná**

CEP: **87013-200**

Fone: **(44)9 9967-9440**

Inscrição Municipal/Estadual

Profissão: **Dentista**

Informação Bancária

Banco: **Santander**

Agencia: **4541**

Conta: **01001604-2**

☒ Corrente

☐ Poupança

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

Forma de Pagamento

Data prevista para pagamento: **14/11/2024**

☐ Líquido

Valor combinado: **6.500,00**

X ☐ Bruto

Tipo de serviço prestado: ☐ Tratamento odontológico de fratura dos dentes 11 e 21:

1-Preparo dos condutos radicular, 2-Cimentação com pinos de fibra, 3-Coroas de resina foto-polimerizável,
4-Confeção de núcleos, 5-Confeção de provisórios dentes 11 e 21 e 6-Coroas em porcelana dos dentes 11 e 21.

Solicitado por: **Cassiano Martins Gomes**

CAMPOS A SER PREENCHIDOS PELA CLÍNICA

Autorizado por:

Data:

29/10/2024

Obsrvações:

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