



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA



NÚMERO DE INSCRIÇÃO
41.651.377/0001-98
MATRIZ

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO
CADASTRAL

DATA DE ABERTURA
20/04/2021

NOME EMPRESARIAL
LASER ESTETICA GENERAL SAMPAIO LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)

PORTE
ME

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.30-5-04 - Atividade odontológica

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
77.33-1-00 - Aluguel de máquinas e equipamentos para escritórios
77.39-0-02 - Aluguel de equipamentos científicos, médicos e hospitalares, sem operador
96.02-5-02 - Atividades de estética e outros serviços de cuidados com a beleza

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
206-2 - Sociedade Empresária Limitada

LOGRADOURO
R GENERAL SAMPAIO

NÚMERO
1122

COMPLEMENTO
SALA 05

CEP
60.020-030

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

MUNICÍPIO
FORTALEZA

UF
CE

ENDEREÇO ELETRÔNICO
POPCONTABILIDADE10@GMAIL.COM

TELEFONE
(85) 3021-3387

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)

SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA

DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
20/04/2021

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL

DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia 07/04/2025 às 12:24:21 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

YES

DEPILAÇÃO A LASER E ESTETICA



RECIBO

MA CLINICA DE ESTETICA MARACANAÚ LTDA recebi a importância de R\$ 1300,00 (Mil e trezentos reais) da CELIA LIMA FREITAS ARAUJO de CPF 485399703-25 , referente a aplicação de Botox Full Face.

Maracanaú - CE, 21 de março de 2025.

Michelle Barros
Michelle Barros

Gerente de loja

85.99189.9555.

YES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



REQUERIMENTO SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO

Eu _____, portador (a) do
CPF de nº _____ e RG de nº _____, representante
_____ (se menor de
idade ou incapaz), solicito análise de cancelamento no valor de R\$ _____ (_____
_____) pago no dia ____ / ____ / ____ em virtude de _____

Declaro estar ciente que este requerimento será analisado pelos setores administrativo e financeiro da clínica, podendo ser deferido ou indeferido, conforme o caso.

A solicitação só será realizada mediante a entrega da documentação abaixo:

- 1) Documento com foto do paciente (frente e verso);
- 2) Documento com foto do responsável pelo pagamento (frente e verso);
- 3) Comprovante de pagamento;
- 4) Requerimento;

Observações:

- 1) A assinatura do solicitante deve ser conforme o documento anexado;
- 2) Pagamento em dinheiro, anexar recibo emitido pela clínica e assinado pelo paciente;
- 3) Preencher todos os campos abaixo com dados bancários exclusivamente do paciente (salvo do responsável de pagamento para menores de idade ou incapaz).

Nome do favorecido: _____

CPF: _____ Chave Pix: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Poupança () Corrente ()

Telefone: _____

_____ de _____ de 20____

Paciente ou representante

Colaborador Responsável

Gerente Responsável