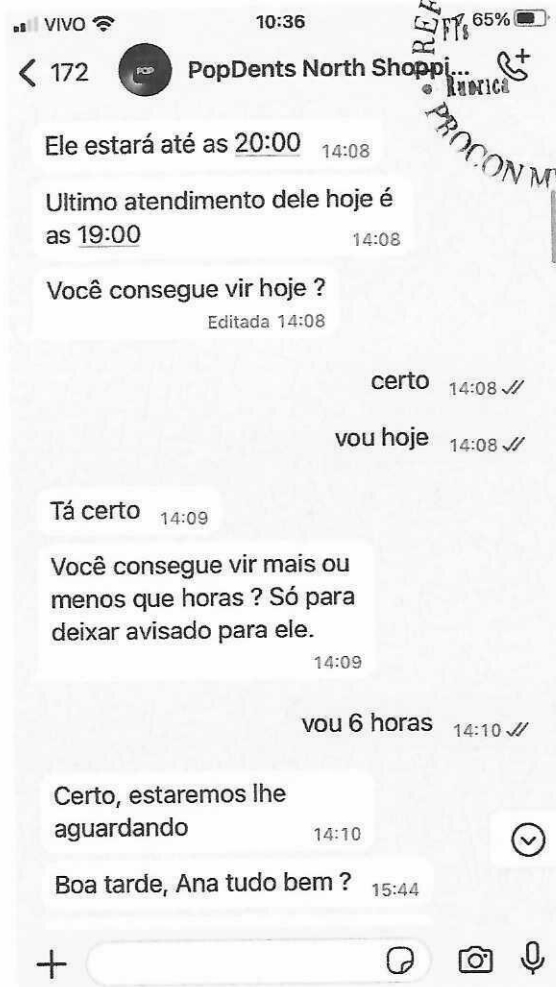
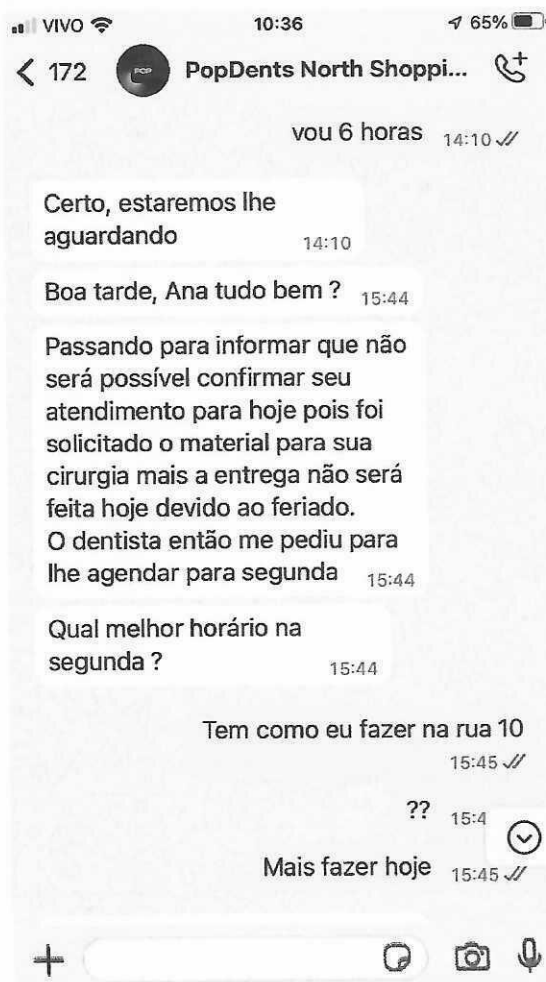
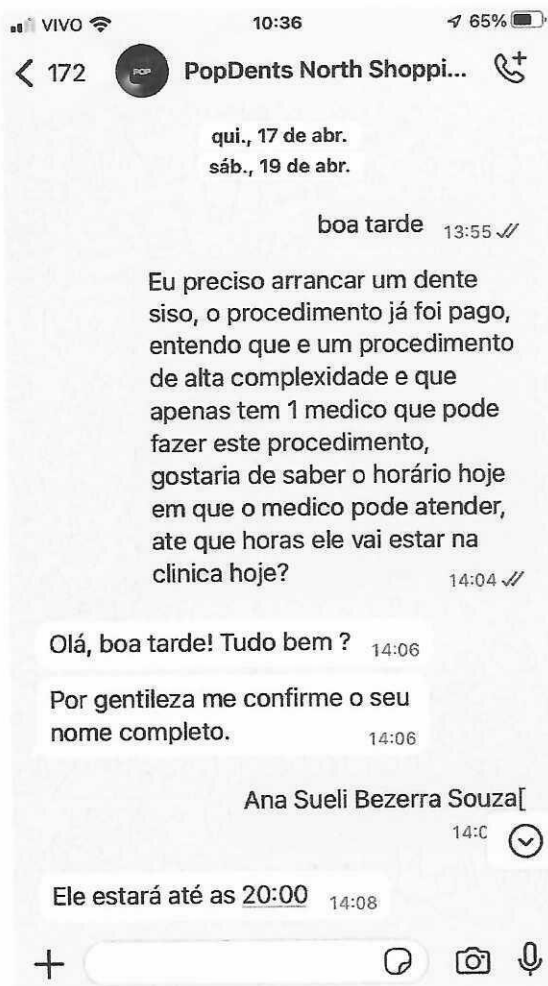
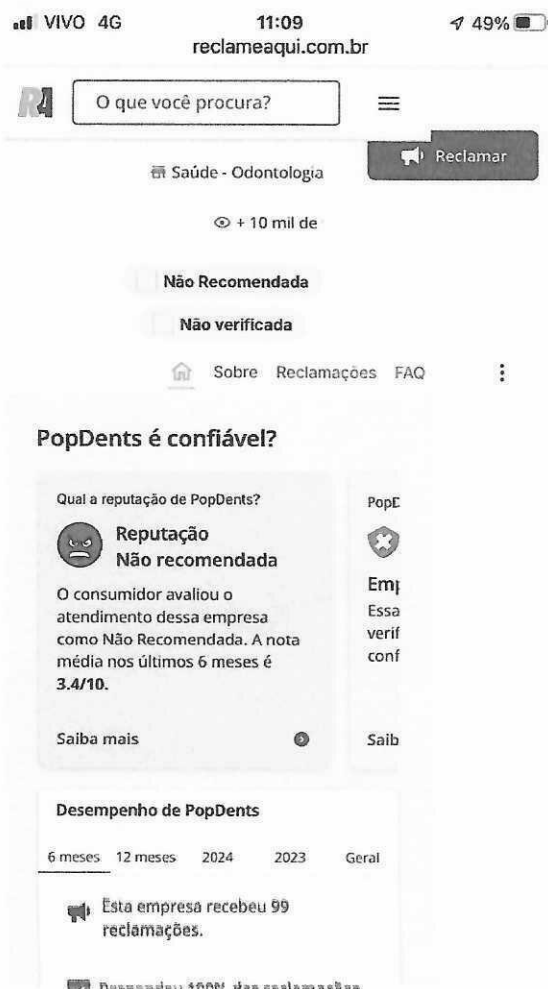
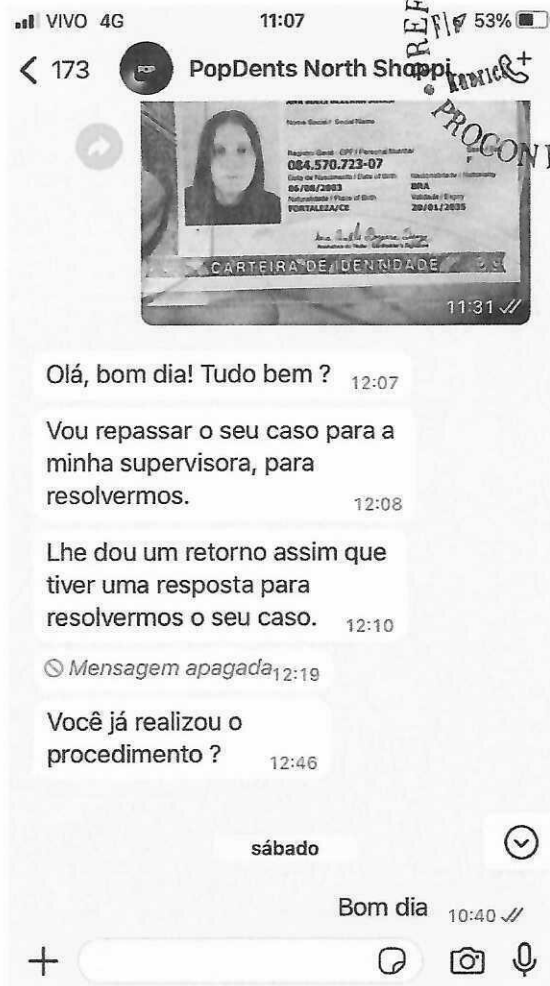


~~Calamito/Assinatura dentista~~







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 49.054.093/0001-26 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 04/01/2023
NOME EMPRESARIAL CLINICA ODONTOLOGICA NORTH SHOPPING MARACANAU 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 32.50-7-06 - Serviços de prótese dentária 86.40-2-05 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia 96.02-5-01 - Cabeleireiros, manicure e pedicure 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 AV CARLOS JEREISSATI	NÚMERO 100	COMPLEMENTO LOJA 329 LOJA 330
CEP 61.901-012	BAIRRO/DISTRITO JEREISSATI II	MUNICÍPIO MARACANAU
UF CE		
ENDEREÇO ELETRÔNICO POPCONTABILIDADE10@GMAIL.COM		TELEFONE (85) 3021-3387
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 04/01/2023
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****

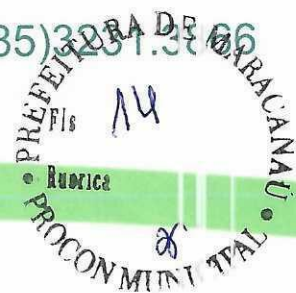
Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia 28/04/2025 às 11:47:48 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

POPdents

Dentistas para todos



REQUERIMENTO PARA DEVOLUÇÃO

CÓDIGO DO PACIENTE _____

Eu Ana Sueli Bezerra Souza, portador (a) do CPF de nº 084.570.723-07 e RG de nº _____, representando _____ (se menor de idade ou incapaz), solicito análise de devolução do valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) pago no dia 17/04/25 em _____ virtude do procedimento de extração dentária, paguei e não realizei o serviço d: _____, conforme ficha clínica em anexo. Declaro estar ciente que este requerimento será analisado pelos setores administrativo e financeiro da clínica, podendo ser deferido ou indeferido, conforme o caso.

Termos em que pede deferimento.

Observações:

- 1) Anexar a este requerimento: ficha clínica do paciente, RG do paciente ou representante (no caso de menor de idade ou incapaz);
- 2) A assinatura do solicitante deve ser conforme o RG;
- 3) No caso de deferimento do requerimento de devolução em dinheiro, emitir recibo assinado pelo paciente;
- 4) Pagamento em cartão de crédito, o deferimento da devolução será por meio de estorno junto a operadora do cartão;
- 5) Em caso de deferimento do requerimento de devolução via depósito bancário, preencher os dados abaixo:

Nome do favorecido: Ana Sueli Bezerra Souza
 CPF: 084.570.723-07
 Banco: 077 - inter
 Agência: 0001
 Conta: 19486693-9
 Poupança () Corrente (x)
 Telefone: (85) 98158-5055

Fortaleza, 21 de Abr de 2025

Ana Sueli Bezerra Souza
 Paciente ou representante

Colaborador responsável