

TERMO DE SERVIÇO PRESTADO – PERÍCIA ODONTOLÓGICA

Nome _____ Matrícula _____

(funcionários, aposentados e pensionistas)

O Próprio () Dependente ()

Pela prestação de serviços de perícia odontológica realizada em _____

_____ tenho a receber do Banco do Brasil S.A. (ou nome da subsidiária) a importância de R\$ _____, na forma abaixo discriminada:

a) Mão-de-Obra:R\$ _____

b) Outras despesas (especificar) R\$ _____

c) Valor bruto.....R\$ _____

d) Retenção da Contribuição previdenciária a ser recolhida ao INSS pelo Banco do Brasil S.A.:.....R\$ _____

Estou ciente de que o valor a receber é passível da dedução devida à Receita Federal (IRRF), à arrecadação municipal (ISS), se for o caso, de acordo com a Legislação em vigor, e que esses valores me serão informados pelo Banco do Brasil quando da efetivação do pagamento.

AUTORIZO A EFETIVAÇÃO DO CRÉDITO DO VALOR A RECEBER EM MINHA CONTA-CORRENTE Nº _____ AGÊNCIA _____, BANCO DO BRASIL SA

_____, ____/____/____/_____

Local e data

Assinatura do Contribuinte Individual

Nome do Contribuinte Individual

(autônomo): _____

CPF: _____ Nº de Inscrição no INSS: _____

Preenchimento pela dependência contratante:

Número do pedido no CDA: _____

Contratante: _____

Confirmamos os termos deste documento. A inscrição do profissional na Previdência Social está

comprovada pelo documento anexo.

Autorizamos o pagamento.

(assinatura de RF 04, no mínimo, ou do 1º gestor contratante)

Nome do Cargo

_____, ____/____/____
Identificação da dependência local e data

Anexo: () documento que comprove o número de inscrição do profissional no INSS.

Parte inferior do formulário