

		FICHA CA	DASTRAL DE CLIEN <sup>-</sup>	TE - CÂME	BIO (PE	SSOA FÍSICA)		
Nome Completo TESTER TESTERS	SON DE ALMEIDA					Assessor 18	Cód. Client	
Data de Nasc.	Nacionali	dade	Local de Nascime	nto	UF	Estado Civil		
01/01/1981	_	RO NATO	SÃO PAULO		SP	SOLTEIRO(A)		
CPF	Nº documento de	e identidade	Data de emissão			Orgão emissor	UF Emissor	Sexo
513.110.474-25 3498778998 Nome do(a) Cônjuge/Companheiro(a)			01/08/1998			SSP	SP	M
Nome do(a) Conju	ge/Companneno(	a)						
Filiação (Nomes d	os Pais, Tutor ou	Curador)						
MARÍA APARECID		-						
Endereço residend	cial (Logradouro)				Número	Complemento		
AL. CAMPINAS						123		
Bairro		CEP	Cidade			Estado	País	
JD. PAULISTA	ζ	1404-000	SÃO PAULO			SP	BRA	
<b>Telefone (DDD + n</b> 11-91999-9090	umero)	· ·			, ,	endereço eletrônico) 29@TESTE.COM		
11-91999-9191						112311429@113	I L.COIVI	
			INFORMAÇÕES	S COMER	CIAIS			
			. ,					
Instituição em que	e trabalha							
PRÓPRIA <b>Profissão</b>						Corgo otual ou fu	maãa	
CANTOR E COMP	OSITOR	Cargo atual ou função COMPOSITOR						
O/MITOR E GOMIT	OOHOK					OOMI OOMOR		
			FONTES DE REFE	RÊNCIA B	ANCÁF	RIA		
Banco			Agência	Conta		Tipo		
BANCO ITAU SA			0390-0	42042-2	<u> </u>	Conta Corrente		
			,			,		
		DADO	OS DO RESPONSÁVI	EL (QUAN	DO API	LICAVEL)		
Situação legal do (	Cliente							
		Outros						
		_						
Declaro para fins de comprovação de endereço, conforme Lei n.º 7.115 de 29/08/1983, que meu domicílio é o informado neste documento e que as demais informações constantes								
	ne	sta Ficha Cadastral	são verídicas e por elas assum	no a responsat	oilidade na	forma da legislação vigente	).	
(Alterações de endereço de correspondência somente serão atendidas quando do recebimento de correspondência formal e cópia de comprovante de endereço atualizado)								
<b>,</b>							.,	

Local e Data:

Assinatura do Cliente