

		FICHA CAI	DASTRAL DE CLIEN	TE - CÂME	BIO (PE	SSOA FÍSICA)			
Nome Completo TESTER TESTERS	SON DE ALMEIDA						Assessor 18	Cód. Client	
Data de Nasc.	Nacionalid	ade	Local de Nascime	ento	UF	Estado Civil	.0		
01/01/1981	BRASILEIRO NATO		SÃO PAULO		SP	SOLTEIRO(A)			
CPF	Nº documento de identidade		Data de emissão			Órgão emissor	UF Emissor	Sexo	
973.218.942-82	3498778998		01/08/1998			SSP	SP	М	
	ige/Companheiro(a))							
.,,,	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •								
	los Pais, Tutor ou C A TESTE / MARCOS	•							
Endereço residen	cial (Logradouro)				Número	Complemento			
AL. CAMPINAS						123			
Bairro		CEP	Cidade			Estado	País		
JD. PAULISTA		1404-000	SÃO PAULO			SP	BRA		
Telefone (DDD + n	elefone (DDD + número) Celular (DDI) + número)			E-Mail (endereço eletrônico)		
11-91999-9090 11-91999-91						TESTE417@TESTE.COM			
			INFORMAÇÕE	S COMER	CIAIS				
Instituição em que PRÓPRIA	e trabalha								
Profissão						Cargo atual ou fu	ncão		
CANTOR E COMPOSITOR				COMPOSITOR					
			FONTES DE REFE	RÊNCIA B	ANCÁF	RIA			
Banco			Agência	Conta		Tipo			
BANCO ITAU SA			0390-0	42042-2		Conta Corrente			
		DADO	OS DO RESPONSÁV	EL (QUAN	DO AP	LICÁVEL)			
						·			
Situação legal do	Cliente								
☐ Menor 区	Emancipado 🗌	Outros							
Declaro para	ı fins de comprovação de end	dereço, conforme L	.ei n.º 7.115 de 29/08/1983, que	e meu domicílio	é o infori	mado neste documento e qu	e as demais informações co	onstantes	
			são verídicas e por elas assun						
			·	•		- , -			
(Alt	erações de endereço de corres	spondência somente	e serão atendidas quando do rec	cebimento de co	rrespondêr	ncia formal e cópia de comprov	ante de endereço atualizado)		

Local e Data:

Assinatura do Cliente