

# Formulário para RPS

## Informações básicas

**Nome** - Igor Roberto da Cruz

**Estado civil** – Solteiro

**Data de nascimento** - 16/01/1998

**Cidade de nascimento** - Tijucas do Sul

**Estado** - Paraná

**CPF** - 10344792960

**Pis** – 212.8463761-3

**RG** - 13 – 033-067-3 **Órgão** SESP/PR **UF** - PR

**Data de emissão** – 25/02/2014

**Raça/cor** - Branca

**Escolaridade** - Ensino superior completo

**Endereço** - Rua Emília Camargo de lima 407

**Bairro** - Jardim bosque da saúde

**Complemento** - Casa

**Cidade** - Tijucas do Sul

**Estado** - Paraná

**CEP** – 83190000

**Fone** – 41 -987676542

**Inscrição estadual** – 281600 – F

**Profissão** - Fisioterapeuta

### Informação Bancária

**Banco** – Banco do brasil **agencia** – 2724-3 **Conta corrente** – 16736-3

### Forma de pagamento

**Data prevista para pagamento:** 15 a 30 dias – Deposito

**Valor combinado:** 700 reais (10 atendimentos de Fisioterapia domiciliar)

**Tipo de Serviço prestado:** Atendimento de Fisioterapia Pós-operatório

**Solicitado por** – Igor Roberto da Cruz