

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:	130330673	Orgão:	SESP/PR	UF:	PR	Data Emissão:	25/02/2014
Raça/ Cor:	Branca	Escolaridade:	Ensino superior completo				
Endereço:	Rua Emília Camargo de lima		Nº:	407			
Complemento:	Casa	Bairro:	Jardim bosque da saúde				
Cidade:	Tijucas do Sul	Estado:	Paraná				
CEP:	83190000	Fone:	41 -987676542				
Inscrição Municipal/Estadual	281600-F	Profissão:	Fisioterapeuta				

Informação Bancária

Banco:	Banco do Brasil	Agencia:	2724-3	Conta:	16736-3	<input checked="" type="checkbox"/> Corrente
						<input type="checkbox"/> Poupança

TODOS OS CAMPOS ACIMA DEVEM SER PREENCHIDOS ANTES DE SER ENVIADO.

Forma de Pagamento

Data prevista para pagamento:	15 a 30 dias	<input type="checkbox"/> Líquido
Valor combinado:	700,00	<input type="checkbox"/> Bruto
Tipo de serviço prestado:	Atendimento de Fisioterapia Pós-operatório (10 atendimentos de Fisioterapia domiciliar)	
Solicitado por:	Igor Roberto da Cruz	

CAMPOS A SER PREENCHIDOS PELA CLÍNICA

Autorizado por:		Data:	
Obsrvações:			

Enviar junto: Cópia do RG do CPF do PIS e do Comprovante de Endereço