



MUITO MAIS DESCONTOS
Cinemas, Teatros, Estádios de Futebol, Zoológicos, Shows e Museus

FICHA DE CADASTRO

Nome:

Data Nasc.: / /

RG:

UF:

Endereço:

Nº:

Apto:

Bairro:

Cidade:

CEP:

E-mail:

Tel. Res:

Tel. Com:

Tel. Cel:

ESCOLA

Nome da Escola:

Série:

Sexo: Masc. Fem.

Período: Manhã Tarde Noite

Ensino: Fundamental Médio Técnico Superior Outros

Estou ciente quanto à filiação e de que pagarei, junto ao boleto do plano de saúde, o valor de R\$ 3,00 (três) reais mensais.

Assinatura.: _____

Data.: ___/___/___