

NÓS TEMOS UM ÓTIMO MOTIVO PRA VOCÊ SORRIR.

**FICHA DE INSCRIÇÃO PLANO Master I**

Inscriva-se agora mesmo preenchendo esse cadastro e envie para O SIMPE.

**INVESTIMENTO:**

- **TITULARES E DEPENDENTES PAGARÃO APENAS R\$ 22,35** (valores individuais)
- **TAXA DE INSCRIÇÃO R\$ 5,50**

**CONFIRA A COBERTURA**

Titular: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: M( ) F( ) CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Dependentes**

Nome	Nascimento	Grau Parentesco	Reside c/ titular
Nome: _____ Mãe: _____	___/___/___	Cônjuge ou Comp. ( ) Filho(a): ( ) Pai ou Mãe: ( ) Enteado(a): ( )	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> * Caso a resposta seja <b>não</b> escreva no campo abaixo o endereço.
Nome: _____ Mãe: _____	___/___/___	Cônjuge ou Comp. ( ) Filho(a): ( ) Pai ou Mãe: ( ) Enteado(a): ( )	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> * Caso a resposta seja <b>não</b> escreva no campo abaixo o endereço.
Nome: _____ Mãe: _____	___/___/___	Cônjuge ou Comp. ( ) Filho(a): ( ) Pai ou Mãe: ( ) Enteado(a): ( )	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> * Caso a resposta seja <b>não</b> escreva no campo abaixo o endereço.

\* Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Obs.: Permanência mínima de 12 meses no Plano.\*\*\* CPF Obrigatório para os dependentes.

**AUTORIZO O DESCONTO DIRETO PELO SIMPE/RS**

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Titular