



Ao GREDEM/CBTU

Solicito a minha inclusão e/ou de meus dependentes abaixo relacionados no plano saúde UNIMEDBH, e o pagamento será efetuado por meio de boleto bancário, inclusive as referidas taxas (encargos).

UNIMAX

Inclusão referente: Titular Dependentes Apartamento Enfermaria

O GREDEM não informara o meu plano, pois já recebo o reembolso da CBTU.

O GREDEM deve informar o valor de meu plano de saúde/odontológico, ao departamento da CBTU para cálculos de reembolso AMO. **EU DEVO ENTRAR EM CONTATO COM O RH DA CBTU E ME INFORMAR DO REEMBOLSO E SEU PROCESSO.**

Dados do Titular

Nome:		Mat.:		Area:	
Data Nasc.:		Endereço:		N.º:	
Complemento:		Bairro:		Cep:	
Cidade:		CPF.:		Sexo:	
Celular:		Telefone:		Estado Civil:	
Ident.:		Email:			
Nome Mãe:					
<input type="checkbox"/> Odontoprev		<input type="checkbox"/> Rede Dental		Entrada a partir: ____/____/____	

Dados dos Dependentes

1 - Nome:		Data Nasc.:	
Parentesco:		CPF:	
Sexo:		Nome Mãe:	
<input type="checkbox"/> Odontoprev		<input type="checkbox"/> Rede Dental	
Entrada a partir: ____/____/____			
2 - Nome:		Data Nasc.:	
Parentesco:		CPF:	
Sexo:		Nome Mãe:	
<input type="checkbox"/> Odontoprev		<input type="checkbox"/> Rede Dental	
Entrada a partir: ____/____/____			
3 - Nome:		Data Nasc.:	
Parentesco:		CPF:	
Sexo:		Nome Mãe:	
<input type="checkbox"/> Odontoprev		<input type="checkbox"/> Rede Dental	
Entrada a partir: ____/____/____			
4 - Nome:		Data Nasc.:	
Parentesco:		CPF:	
Sexo:		Nome Mãe:	
<input type="checkbox"/> Odontoprev		<input type="checkbox"/> Rede Dental	
Entrada a partir: ____/____/____			
5 - Nome:		Data Nasc.:	
Parentesco:		CPF:	
Sexo:		Nome Mãe:	
<input type="checkbox"/> Odontoprev		<input type="checkbox"/> Rede Dental	
Entrada a partir: ____/____/____			

O GREDEM se reserva no direito de cancelamento do referido plano quando da inadimplência.

Li, aceito e declaro ter plena ciência dos termos e condições do presente Contrato, divulgados pelo GREDEM e mantidos disponíveis para consulta em seu site www.gredem.com.br.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____

Assinatura