

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).

UNIPART

Inclusão referente: **Titular** **Dependentes** **Enfermaria**

O GREDEM não informou 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:		Celular:		Telefone:	
CPF.:		Sexo:		Ident.:	
Email:		Estado Civil:		Nome Mãe:	
<input type="checkbox"/> Odonto Odontoprev		<input type="checkbox"/> Odonto Rede Dental		Entrada a partir: ____/____/____	

Dados dos Dependentes

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