



## Ao GREDEM/CBTU

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

### UNIODONTO (PERMANÊNCIA MINIMA DE 12 MESES)

Inclusão referente:  Titular  Dependentes

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.:		Área:	
Data Nasc.:		Endereço:			N.º:
Complemento:	Bairro:		Cep:	Cidade:	
Celular:		Telefone:		CPF.:	Sexo:
Ident.:		Email:		Estado Civil:	
Nome Mãe:					
Entrada a partir: ____/____/____					

Dados dos Dependentes					
1 - Nome:				Data Nasc.:	
Parentesco:		CPF:		Sexo:	
Nome Mãe:					
Entrada a partir: ____/____/____					
2 - Nome:				Data Nasc.:	
Parentesco:		CPF:		Sexo:	
Nome Mãe:					
Entrada a partir: ____/____/____					
3 - Nome:				Data Nasc.:	
Parentesco:		CPF:		Sexo:	
Nome Mãe:					
Entrada a partir: ____/____/____					
4 - Nome:				Data Nasc.:	
Parentesco:		CPF:		Sexo:	
Nome Mãe:					
Entrada a partir: ____/____/____					
5 - Nome:				Data Nasc.:	
Parentesco:		CPF:		Sexo:	
Nome Mãe:					
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](http://www.gredem.com.br).**

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura