



## 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 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.:	Área:
Data Nasc.:	Endereço:		N.º:
Complemento:	Bairro:	Cep:	Cidade:
Celular:	Telefone:	CPF.:	Sexo:
Ident.:	Email:	Estado Civil:	
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](http://www.gredem.com.br).**

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

Assinatura