



Ao GREDEM/CBTU

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

METLIFE GOLD METLIFE PLATINIUM
(PERMANÊNCIA MINIMA DE 12 MESES)

Inclusão referente: Titular Dependentes

O GREDEM não informará 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.

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:			
Entrada a partir: ____/____/____			

Dados dos Dependentes			
1 - Nome:			Data Nasc.:
Parentesco:	CPF:	Ident.:	Sexo:
Nome Mãe:			
Entrada a partir: ____/____/____			
2 - Nome:			Data Nasc.:
Parentesco:	CPF:	Ident.:	Sexo:
Nome Mãe:			
Entrada a partir: ____/____/____			
3 - Nome:			Data Nasc.:
Parentesco:	CPF:	Ident.:	Sexo:
Nome Mãe:			
Entrada a partir: ____/____/____			
4 - Nome:			Data Nasc.:
Parentesco:	CPF:	Ident.:	Sexo:
Nome Mãe:			
Entrada a partir: ____/____/____			
5 - Nome:			Data Nasc.:
Parentesco:	CPF:	Ident.:	Sexo:
Nome Mãe:			
Entrada a partir: ____/____/____			

Os contratos entre GREDEM e as operadoras de planos de saúde/odontológico, encontram-se no Site do GREDEM: www.gredem.com.br e a disposição nos postos de atendimento.

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

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____

Assinatura