



Ao GREDEM/CBTU

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

SANTA CASA SAÚDE CO-PARTICIPAÇÃO

Inclusão referente: Titular Dependentes Plano Ideal Plano Total Belo Dente

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.

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: ____/____/____			<input type="checkbox"/> Odontologia Belo Dente		

Dados dos Dependentes					
1 - Nome:			Data Nasc.:		
Parentesco:		CPF:		Sexo:	
Nome Mãe:					
Entrada a partir: ____/____/____			<input type="checkbox"/> Odontologia Belo Dente		
2 - Nome:			Data Nasc.:		
Parentesco:		CPF:		Sexo:	
Nome Mãe:					
Entrada a partir: ____/____/____			<input type="checkbox"/> Odontologia Belo Dente		
3 - Nome:			Data Nasc.:		
Parentesco:		CPF:		Sexo:	
Nome Mãe:					
Entrada a partir: ____/____/____			<input type="checkbox"/> Odontologia Belo Dente		
4 - Nome:			Data Nasc.:		
Parentesco:		CPF:		Sexo:	
Nome Mãe:					
Entrada a partir: ____/____/____			<input type="checkbox"/> Odontologia Belo Dente		
5 - Nome:			Data Nasc.:		
Parentesco:		CPF:		Sexo:	
Nome Mãe:					
Entrada a partir: ____/____/____			<input type="checkbox"/> Odontologia Belo Dente		

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