



## Ao Gredem/Metrobh

## Sócio Efetivo

Autorizo o respectivo desconto em minha folha de pagamento e solicito a minha inclusão e ou de meus dependentes abaixo relacionados como usuários da ODONTOLOGIA SMILLE

**REDE DENTAL – SMILLE – CONTRATO SEM VINCULO COM PLANO DE SAÚDE**

**Tenho outro plano de saúde/odontológico, já recebo o reembolso do Metrobh. Portanto, o Gredem não deverá informar o meu valor para efeitos de reembolso.**

**Não tenho outro plano de saúde/odontológico, portanto o Gredem deverá informar ao Metrobh meu valor para efeitos de reembolso.**

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura