



Ao GREDEM/Metrobh

Sócio Efetivo

Solicito a minha inclusão e/ou de meus dependentes abaixo relacionados como usuários do plano UNIMED. Autorizo o respectivo desconto em minha folha de pagamento, inclusive das referidas taxas (administrativas e impostos), e no caso de pagamento através de boleto bancário será repassado o valor cobrado pela emissão e envio do mesmo.

UNIPART

Inclusão referente: Titular Dependentes Enfermaria

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 inclusive os procedimentos.

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

O contrato entre GREDEM e UNIMED encontra-se no Site do GREDEM: www.gredem.com.br e a disposição nos postos de atendimento.

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

Por ser verdade, firmo a presente.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____

Assinatura