

**TERMO DE CIÊNCIA DE INCLUSÃO FORA DO PRAZO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do CPF: \_\_\_\_\_, HMC \_\_\_\_\_ colaborador (a) da  
**HYUNDAI MOTOR BRASIL MONTADORA DE AUTOMÓVEIS LTDA.**, declaro estar ciente da  
solicitação de inclusão fora do prazo (trinta dias após evento<sup>1</sup>) do(s) dependente(s) listados a  
seguir na assistência médica **BRADESCO SAÚDE**.

Nome completo	Grau de parentesco	Data de Nascimento

Declaro estar ciente das condições de carência, descritas abaixo:

Procedimento	Carência
Urgência/ Emergência	24 horas
Consultas e Exames Simples	15 dias
Fisioterapia, exceto nos casos de acidente pessoal	90 dias
Exames e terapias que necessitem de autorização prévia	180 dias
Cirurgias em geral e internações	180 dias
Hemodiálise e Dialise peritoneal	180 dias
Quimioterapia e Radioterapia	180 dias
Transplantes e implantes de qualquer natureza	180 dias
Cirurgias neoplásicas malignas	180 dias
Doenças crônicas (Diabetes, Insuficiência Renal, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Cirrose Hepática e Doenças Neurológicas)	180 dias
Quimioterapia e Radioterapia	180 dias
Cirurgias Cardíacas, Vasculares e Neurológicas	180 dias
Doenças Infectocontagiosas (Inclusive AIDS)	180 dias
Partos a termo	300 dias

\_\_\_\_\_  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

\_\_\_\_\_