

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

Eu, _____,
portador do CPF: _____, HMC _____ colaborador (a) da
HYUNDAI MOTOR BRASIL MONTADORA DE AUTOMÓVEIS LTDA., solicito a exclusão de meu(s)
dependente(s) listado(s) abaixo, do(s) seguinte(s) benefício(s):

- Assistência Médica – Unimed Fesp Assistência Odontológica - Odontoprev
 Convênio Farmácia - Funcional

Dados completos do(s) dependente(s) a serem excluídos:

| Nome completo | Grau de parentesco | Data de Nascimento |
|---------------|--------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Declaro estar ciente de que o(s) dependente(s) deverá(ão) cumprir as carências vigentes
relativas à Assistência Médica, descritas abaixo, em caso de reativação do(s) benefício(s).

| Procedimento | Carências |
|---|-----------|
| Urgência/ Emergência | 24 horas |
| Consultas e Exames Complementares | 30 dias |
| Exames e Procedimentos Especiais | 90 dias |
| Atos e Cirurgias Ambulatoriais em Consultório ou em ambulatório | 90 dias |
| Sessões de terapia ocupacional | 90 dias |
| Sessões de Acupuntura | 90 dias |
| Sessões de Fisioterapia | 90 dias |
| Sessões de Nutrição | 90 dias |
| Sessões de Psicoterapia | 90 dias |
| Sessões de Fonoaudiologia | 90 dias |
| Quimioterapia e Radioterapia | 180 dias |
| Diálise Peritoneal - CAPD e Hemodiálise | 180 dias |
| Internações Clínicas e Cirúrgicas | 180 dias |
| Partos a termo | 300 dias |

(Local e data)

(Assinatura)