

**NOME DA EMPRESA:** \_\_\_\_\_**COD. .... - FILIAL .....**

Atendendo sua solicitação de inclusão, e por estar fora do prazo estabelecido em contrato, estaremos aplicando uma carência especial descrita abaixo para:

**TITULAR:** \_\_\_\_\_**DEPENDENTES:** \_\_\_\_\_**GRUPO DE PROCEDIMENTOS - BRADESCO****PRAZOS**

URGENCIA/EMERGENCIA

24 HORAS

CONSULTAS REDE PROPRIA/ REDE CREDENCIADA /EXAMES SIMPLES

30 DIAS

INTERNAÇÕES E EXAMES ESPECIAIS

180 DIAS

PARTOS

300 DIAS

**Data:**

De acordo :

Beneficiário \_\_\_\_\_