**EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS**

**(COLETIVO POR ADESÃO)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MODALIDADE: | 32 | PROPOSTA: | 0001 |
| CONTRATANTE: | Associação Brasileira de Indústrias e Fornecedores - **UNINDUSTRIA**  |
|  |
| NOME DOS BENEFICIÁRIOS (TITULARES E DEPENDENTES) | CÓDIGO | MOTIVO N° | cC |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|       |       |       |  |
|  |  |  |
| **MOTIVO P/EXCLUSÃO**1 – DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA2 – DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA3 – DEMISSÃO POR APOSENTADORIA4 – ÓBITO5 – SEM CONDIÇÕES FINANCEIRAS6 – OUTROS       | OBS.:

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |
|       |

 |
|  |  |
| - As exclusões deverão ser preenchidas com todas as informações no formulário entregue pela UNIMED ERECHIM.- Não será possível excluir somente o titular, quando tiver dependentes cadastrados no mesmo código.- Se pedidos de exclusão não vierem acompanhados pelos cartões dos beneficiários a serem excluídos, a empresa contratante será responsável por qualquer utilização que este venha a efetuar após o cancelamento.- Todas as exclusões devem ser entregues até o dia 20 do mês para ser efetuado o cancelamento no dia 1° do mês seguinte. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Carimbo e assinatura do contratante ou seu representante |
|  |  |  |

 Recebido em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_