**EXCLUSÃO DE USUÁRIOS**

**UNIODONTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| CONTRATANTE: | Associação Brasileira de Indústrias e Fornecedores - **UNINDUSTRIA**  |
|  |
| CÓDIGO | NOME DOS BENEFICIÁRIOS (TITULARES E DEPENDENTES) | c |
|       |       |  |
|       |       |  |
|       |       |  |
|       |       |  |
|       |       |  |
|       |       |  |
|       |       |  |
|       |       |  |
|       |       |  |
|       |       |  |
|       |       |  |
|       |       |  |
|  |  |  |
| **OBS.:**       |  |
|  |  |
| - As exclusões deverão ser preenchidas com todas as informações no formulário entregue pela UNINDUSTRIA.- 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 19 do mês para ser efetuado o cancelamento no dia 1° do mês seguinte. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carimbo e assinatura da empresa |
|  |  |  |

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