**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_