ANS - nº 304484

DENTALUNI®
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Unimed Curitiba

SOS UNIMED EMERGÊNCIA - COOPERADOS

Inclusão para SOS Unimed Emergência.

Para solicitar o serviço SOS UNIMED imprima e preencha esse formulário e envie ao GRC – Gestão de Relacionamento com o Cooperado - através do site (www.dentaluni.com.br) >após realizar seu login na opção "GRC - Meus Protocolos".

Para informações adicionais entre em contato através do GRC-Meus Protocolos - ou pelos telefones: 4007 2300 (Capitais e Região Metropolitana) 0800 603 3683 (Demais localidades)

- O SOS atende somente Curitiba, Araucária e São José dos Pinhais.

SOS - TAXA **2021**
R$ 16,00

TITULAR

NOME COMPLETO

CRO

SOLICITAR S.O.S PARA OS BENEFICIÁRIOS:

NOME COMPLETO

CPF RG DATA DE NASCIMENTO

NOME COMPLETO

CPF RG DATA DE NASCIMENTO

1. Os dados pessoais preenchidos acima serão utilizados exclusivamente para a prestação dos serviços contratados nos termos do artigo 7º, inciso V, da Lei Federal nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais LGPD, ressalvada eventual obrigação legal que exija os dados ou a adesão a termo de consentimento que preveja outras condições de tratamento destes dados pessoais.
2. Eventualmente, a DENTAL UNI compartilhará os referidos dados com autoridades, fornecedores e prestadores de serviços para que sejam cumpridas as finalidades previstas anteriormente. Os dados permanecerão sob a guarda da DENTAL UNI após o término da relação contratual para exercício regular de direitos e cumprimento de eventuais obrigações legais e/ou regulatórias.
3. A DENTAL UNI se compromete a zelar pela segurança dos dados pessoais aos quais tiver acesso, exercendo as boas práticas de governança e segurança da informação, na forma da Lei.
4. Dúvidas ou maiores esclarecimentos a respeito do tratamento dos dados pessoais ora preenchidos devem ser tratados por meio do canal exclusivo com o encarregado de dados pessoais da DENTAL UNI no e-mail privacidade@dentaluni.com.br.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a inclusão de minha pessoa, bem como de meus dependentes legais (assim definidos na cláusula 22ª do Termo Aditivo 001/03 do contrato nº 112/02), no plano de saúde UNIMED.

Por oportuno, para que produza seus jurídicos e legais efeitos, declaro que o contrato firmado é na forma coletiva empresarial, sendo que é de meu conhecimento que o não pagamento, na época própria, de qualquer parcela referente ao plano UNIMED por mim assumido ou pelos meus dependentes, ensejará o imediato cancelamento do plano junto a UNIMED, obrigando-me a devolver de pronto as carteirinhas (minha e de meus dependentes), sem prejuízo da cobrança judicial de eventual saldo devedor apresentado.

E, por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Curitiba, ____ de _____ de 20___.

Assinatura e CRO do Cooperado

_____