

FORMULÁRIO DE INCLUSÃO

Para solicitar o serviço de Coleta de Resíduos imprima e preencha o "Formulário para inclusão" e envie, juntamente com a cópia da Licença Sanitária onde será realizada a coleta, ao GRC – Gestão de Relacionamento com o Cooperado através do site (www.dentaluni.com.br) > "GRC - "Meus Protocolos" ou pelo aplicativo Minha Dental Uni.

Para informações adicionais entre em contato através do GRC Atendimentos ou pelos telefones:
4007 2300 (capitais e regiões metropolitanas) | 0800 603 3683 (demais localidades)

DATA DE NASCIMENTO

RG

CPF

EU DR.(A),

ENDEREÇO 1

1 - RUA / AV.:

2 - NÚMERO

3 - COMPLEMENTO

4 - BAIRRO

5 - CIDADE

6 - UF

7 - CEP

8 - DDD 9 - TELEFONE

PERIODICIDADE

☐

Coleta Semanal: R\$168,38
Limite de peso ():** 16kg
Valor quilo excedente: R\$7,68

☐

Coleta Quinzenal: R\$134,70
Limite de peso ():** 13kg
Valor quilo excedente: R\$7,68

☐

Coleta Mensal: R\$101,02
Limite de peso ():** 10kg
Valor quilo excedente: R\$7,68

HORÁRIO DE ATENDIMENTO DO CONSULTÓRIO

☐

Segunda-feira

:

a

:

hrs

☐

Quinta-feira

:

a

:

hrs

☐

Terça-feira

:

a

:

hrs

☐

Sexta-feira

:

a

:

hrs

☐

Quarta-feira

:

a

:

hrs

ENDEREÇO 2

1 - RUA / AV.:

2 - NÚMERO

3 - COMPLEMENTO

4 - BAIRRO

5 - CIDADE

6 - UF

7 - CEP

8 - DDD 9 - TELEFONE

PERIODICIDADE

☐

Coleta Semanal: R\$168,38
Limite de peso ():** 16kg
Valor quilo excedente: R\$7,68

☐

Coleta Quinzenal: R\$134,70
Limite de peso ():** 13kg
Valor quilo excedente: R\$7,68

☐

Coleta Mensal: R\$101,02
Limite de peso ():** 10kg
Valor quilo excedente: R\$7,68

HORÁRIO DE ATENDIMENTO DO CONSULTÓRIO

☐

Segunda-feira

:

a

:

hrs

☐

Quinta-feira

:

a

:

hrs

☐

Terça-feira

:

a

:

hrs

☐

Sexta-feira

:

a

:

hr

☐

Quarta-feira

:

a

:

hrs

Solicito que a(s) coleta(s) dos resíduos de saúde realizada(s) pela empresa BIOACCESS – COLETA E DESTINAÇÃO FINAL DE RESÍDUOS E TRANSPORTE DE RESÍDUOS, seja(m) no(s) endereço(s) abaixo relacionado(s), conforme periodicidade escolhida, estando ciente de que são de minha inteira responsabilidade a guarda e a manutenção das bombonas e que qualquer alteração no endereço deverá ser notificada ao GRC - Gestão de Relacionamento com o Cooperado.

Assinatura e CRO do Cooperado

- * Será cobrado o valor de R\$ 150,00 pelo extravio da bombona.
 ** Os valores apresentados são por PONTO DE COLETA. Escolher somente uma periodicidade por endereço. Os valores serão reajustados anualmente.
 * O peso do recipiente não será descontado no ato da coleta.
 * O limite de kg é mensal e não por coleta.

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

PREFIXO/NÚMERO DA AGÊNCIA

--	--	--	--	--

NÚMERO DA CONTA CORRENTE

[illegible]

DATA

--	--

--	--

--	--	--	--

NOME DO COOPERADO

[illegible]

CRO

--	--	--	--	--	--

FINALIDADE DE DÉBITO

Referente ao benefício: Coleta de resíduos | **Data para débito:** Dia 15 de todos os meses.

CONDIÇÕES

1. Autorizo o Banco SANTANDER a debitar em minha conta corrente o valor correspondente à quitação dos compromissos junto à empresa DENTAL UNI.
2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de saldo na data do vencimento.
3. Em caso de dúvida ou reclamação sobre datas de vencimento e/ou valores, devo solicitar esclarecimentos diretamente à empresa DENTAL UNI.
4. O Banco se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.
5. Caso não haja saldo suficiente no dia do débito, o mesmo será reapresentado no prazo de 3 dias úteis. Acrescidos de multa de 10% e correção de 0.0666% ao dia.

Assinatura e CRO do Cooperado