

FICHA DE INCLUSÃO UNIPREÇO

Para solicitar o Convênio Farmácia, imprima e preencha a "Ficha de inclusão UNIPREÇO" e envie através do **GRC Meus Protocolos**.
App Dental Uni: Após realizar o login, selecione a opção GRC Meus Protocolos. **Site:** Após realizar o login no site www.dentaluni.com.br, acesse a opção GRC Meus Protocolos.

Informações adicionais entre em contato através do GRC Meus Protocolos ou pelos telefones: 40072300 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 603 3683 (demais localidades), ou ainda, acesse o **DENTAL UNICLUB**, após realizar seu login no site.

Eu, Dr. (a) _____ CRO _____

CPF _____ Solicito e autorizo a minha inclusão no Convênio com a rede de Farmácias **UNIPREÇO**.

Assinatura do Cooperado

_____/_____/_____
Data

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.

CONDIÇÕES

1. O vencimento do boleto ocorrerá todo dia 15 de cada mês, sendo transferido para o próximo dia útil quando cair em feriados ou finais de semana.
2. Os boletos serão enviados no e-mail de cadastro e também estarão disponíveis através do site: www.dentaluni.com.br (após realizar o login) em "Serviços rápidos" > "2º via do seu boleto" ou pelo aplicativo "Minha Dental Uni" > "Meus boletos".
3. A falta de pagamento do boleto acarretará em multa de 10% e correção de 0,0666% ao dia.
4. Em caso de dúvidas ou reclamações referentes ao seu benefício, entrar em contato diretamente com a DENTAL UNI através dos canais "GRC Meus Protocolos" (site ou APP) ou pelos telefones: 4007 2300 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 603 3683 (demais localidades)

Data: ____/____/____

Assinatura e CRO do Cooperado