ANS - nº 304484

DENTALUNI®
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Unimed Curitiba

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE SEGUNDA VIA DE CARTÃO

Para solicitar a segunda via do cartão da UNIMED imprima e preencha o "FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE SEGUNDAVIA DO CARTÃO" 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)

DATA

TITULAR

NOME COMPLETO

CRO

SOLICITAR CARTÕES PARA 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.

Solicito a segunda via do cartão do convênio UNIMED, estando ciente de que é de minha inteira responsabilidade a correta utilização do cartão (intransferível) e autorizo a cobrança no valor de R$ 40,01 (quarenta reais e um centavo) pela emissão da nova carteirinha.

Motivo da solicitação:

Assinatura e CRO do Cooperado