BioAccess®
coleta e destinação final de resíduos

DENTALUNI®
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

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),

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.

ENDEREÇO 1

1 - RUA / AV.:

2 - NÚMERO 3 - COMPLEMENTO 4 - BAIRRO

5 - CIDADE 6 - UF 7 - CEP

8 - DDD 9 - TELEFONE 10 - FAX

PERIODICIDADE

☐ **Coleta Semanal:** R$164,87
Limite de peso (**): 16kg
Valor quilo excedente: R$7,52

☐ **Coleta Quinzenal:** R$131,90
Limite de peso (**): 13kg
Valor quilo excedente: R$7,52

☐ **Coleta Mensal:** R$98,92
Limite de peso (**): 10kg
Valor quilo excedente: R$7,52

HORÁRIO DE ATENDIMENTO DO CONSULTÓRIO

☐ Segunda-feira __:__ a __:__ hrs
☐ Terça-feira __:__ a __:__ hrs
☐ Quarta-feira __:__ a __:__ hrs
☐ Quinta-feira __:__ a __:__ hrs
☐ Sexta-feira __:__ a __:__ hrs

ENDEREÇO 2

1 - RUA / AV.:

2 - NÚMERO 3 - COMPLEMENTO 4 - BAIRRO

5 - CIDADE 6 - UF 7 - CEP

8 - DDD 9 - TELEFONE 10 - FAX

PERIODICIDADE

☐ **Coleta Semanal:** R$164,87
Limite de peso (**): 16kg
Valor quilo excedente: R$7,52

☐ **Coleta Quinzenal:** R$131,90
Limite de peso (**): 13kg
Valor quilo excedente: R$7,52

☐ **Coleta Mensal:** R$98,92
Limite de peso (**): 10kg
Valor quilo excedente: R$7,52

HORÁRIO DE ATENDIMENTO DO CONSULTÓRIO

☐ Segunda-feira __:__ a __:__ hrs
☐ Terça-feira __:__ a __:__ hrs
☐ Quarta-feira __:__ a __:__ hrs
☐ Quinta-feira __:__ a __:__ hrs
☐ Sexta-feira __:__ a __:__ hrs

* O peso do recipiente não será descontado no ato da coleta.
* O limite de kg é mensal e não por coleta.

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.

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

PREFIXO/NÚMERO DA AGÊNCIA

NÚMERO DA CONTA CORRENTE

DATA

NOME DO COOPERADO

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

ANS nº 302484