

FORMULÁRIO DE INCLUSÃO

Para solicitar o serviço de Coleta de Resíduos imprima e preencha o "Formulário para inclusão" e a "Autorização de débito automático" e envie, juntamente com a cópia da Licença Sanitária onde será realizada a coleta, ao GRC – Gestão de Relacionamento com o Cooperado.

Endereço: Rua Irmã Flávia Borlet, 197 – Hauer – CEP: 81630-170 – Curitiba PR.

Para informações adicionais entre em contato através do GRC Atendimentos ou pelos telefones:
4007 2300 (capitais e regiões metropolitanas) | 0800 052 6000 (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\$ 153,37
Limite Peso (*): 16 kg
Valor kg Excedente: R\$ 7,00

☐ **Coleta Quinzenal:** R\$ 122,70
Limite Peso (*): 13Kg
Valor kg Excedente: R\$7,00

☐ **Coleta Mensal:** R\$ 92,02
Limite Peso (*): 10 Kg
Valor kg Excedente: R\$ 7,00

(*) O peso do recipiente não será descontado no ato da coleta.

Dia e horário para coleta:

☐ Segunda-feira : hrs
☐ Terça-feira : hrs

☐ Quarta-feira : hrs
☐ Quinta-feira : hrs

☐ Sexta-feira : hrs
☐ Sábado : 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\$ 153,37
Limite Peso (*): 16 kg
Valor kg Excedente: R\$ 7,00

☐ **Coleta Quinzenal:** R\$ 122,70
Limite Peso (*): 13Kg
Valor kg Excedente: R\$ 7,00

☐ **Coleta Mensal:** R\$ 92,02
Limite Peso (*): 10 Kg
Valor kg Excedente: R\$ 7,00

(*) O peso do recipiente não será descontado no ato da coleta.

Dia e horário para coleta:

☐ Segunda-feira : hrs
☐ Terça-feira : hrs

☐ Quarta-feira : hrs
☐ Quinta-feira : hrs

☐ Sexta-feira : hrs
☐ Sábado : hrs

* 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.

Assinatura e CRO do Cooperado

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

DATA

--	--	--	--

[illegible]

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

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