

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 SEGUNDA VIA 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

[illegible]

CRO

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

SOLICITAR CARTÕES PARA BENEFICIÁRIOS

NOME COMPLETO

[illegible]

CPF

[illegible]

RG

[illegible]

DATA DE NASCIMENTO

--	--	--	--

NOME COMPLETO

[illegible]

CPF

[illegible]

RG

[illegible]

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\$ 57,34 (cinquenta e sete reais e trinta e quatro centavos) pela emissão da nova carteirinha.

Motivo da solicitação:

Assinatura e CRO do Cooperado