

## TERMO DE REPRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE DOCUMENTOS

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, contratante ou dependente do plano de saúde nº 531. \_\_\_\_\_, **NOMEIO** o Sr.(a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, como representante dos meus interesses e **AUTORIZO** a UNIMED VALE DO SEPO TUBA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO disponibilizar quaisquer informações e documentos referentes ao plano de saúde contratado.

Estou ciente que após assinatura desta autorização é de minha responsabilidade a segurança no trâmite das informações e documentos solicitados, caracterizando a desobrigação desta Operadora em caso de utilização indevida dessas informações, conforme Lei Geral de Proteção de Dados 13.709/2018.

Por fim, estou ciente que esta autorização terá validade por prazo indeterminado, ou até respectiva REVOGAÇÃO, que poderá ser realizada a qualquer tempo junto aos canais de atendimento desta Operadora, conforme art. 18 da referida Lei.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Titular dos Dados

| Campo preenchido pela Unimed Vale do Sepotuba                               |
|---|
| Recebido por: _____<br>Data: ____ / ____ / ____                             |
| Departamento de Cadastro<br>Recebido por: _____<br>Data: ____ / ____ / ____ |