

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 SEPOUTUBA – 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 está 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: _____ Data: ____ / ____ / _____
Departamento de Cadastro Recebido por: _____ Data: ____ / ____ / _____



Observações:

- Para o compartilhamento de informações do titular com outra pessoa (terceiro) será necessário a autorização por parte do titular dos dados através do Termo de Representação e Autorização para retirada de documentos;
- É necessário a apresentação do documento pessoal com foto do titular e do representante;
- Não será aceito envio do termo por e-mail, somente poderá ser aceito o termo assinado via docusign, quando o beneficiário estiver impossibilitado de estar vindo presencialmente na Unimed Vale do Sepotuba;
- Qualquer dúvida, reportar no e-mail lgpd@unimed531.coop.br.

