

AUTORIZAÇÃO PARA A RETIRADA DE BOLETO PAGAMENTO

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____
_____ autorizo o(a)
Sr.(a) _____,
inscrito (a) no CPF nº _____ e RG nº _____,
a retirar o meu(s) boleto(s) de pagamento referente ao plano de saúde
contratado junto à Unimed Norte de Minas.

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

- Caso o (a) beneficiário(a) não possa retirar pessoalmente seu boleto, favor encaminhar a presente autorização, devidamente preenchida e assinada.
- Para a retirada do boleto será exigido a pessoa autorizada ou da própria pessoa, o documento pessoal de identificação.