

## 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.