

## TERMO DE CONSENTIMENTO UNIMED NORTE DO MATO GROSSO – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Eu \_\_\_\_\_,  
beneficiário (a) do plano de saúde da Unimed Norte do Mato Grosso, portador da  
carteirinha de identificação nº \_\_\_\_\_ AUTORIZO que  
\_\_\_\_\_, CPF.: \_\_\_\_\_,  
e-mail: \_\_\_\_\_ solicite/retire em meu nome, os  
itens que segue:

- ( ) Serviços assistenciais (exames, procedimentos, cirurgias, garantia de atendimento, etc);
- ( ) Informações financeiras;
- ( ) Toda e qualquer solicitação junto à Unimed Norte do Mato Grosso.
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Autorizo envio de demandas via e-mail ? ( ) SIM NÃO ( )

Endereço de e-mail: \_\_\_\_\_

Estou ciente que após assinatura desta autorização, é de minha responsabilidade a segurança no trâmite dos dados aqui contidos, 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.

\_\_\_\_\_  
Nome do beneficiário (a)

Local e data

Obs: Anexar pedido médico em caso de solicitações assistenciais e conferir assinatura conforme documento original apresentado.