



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE DOCUMENTOS E DADOS PESSOAIS POR TERCEIROS

Titular do dado pessoal: _____ CPF: _____

Representante legal: _____ CPF: _____

Terceiro Autorizado: _____ CPF: _____

Por este documento registro a minha manifestação livre, informada e inequívoca pela qual, na qualidade de **TITULAR DOS DADOS PESSOAIS OU REPRESENTANTE LEGAL DO TITULAR DOS DADOS PESSOAIS**, autorizo a retirada de documentos, bem como informações sobre meus dados pessoais sob a guarda da UNIMED DE PARANAGUÁ, em conformidade às normas legais, em especial a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Ao registrar minha manifestação estou concordando que a Unimed de Paranaguá, CNPJ nº 45.003.525/0001-80, com sede na Rua João Eugênio nº 677, para este fim denominada “Controladora”, permita que a pessoa acima indicada retire documentos e obtenha informações sobre os meus dados pessoais ou de quem represento.

Estou ciente que esta autorização poderá ser revogada a qualquer momento, mediante minha expressa manifestação livre, informada e inequívoca.

Paranaguá, ___/___/___

Assinatura
