

Nome do Titular: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

Código agência: \_\_\_\_\_

Conta corrente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**NOME COMPLETO DO(S) BENEFICIÁRIO(S) PARA CANCELAMENTO:**

Titular para ser cancelado: \_\_\_\_\_

Dependente 1: \_\_\_\_\_

Dependente 2: \_\_\_\_\_

Dependente 3: \_\_\_\_\_

Dependente 4: \_\_\_\_\_

Dependente 5: \_\_\_\_\_

**SOLICITO CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS LISTADOS ACIMA A PARTIR DE:****A PARTIR DESTA DATA** – Estou ciente de que os beneficiários acima descritos, não poderão utilizar o plano a partir da data de assinatura do presente Termo.**ÚLTIMO DIA DESTE MÊS** – Estou ciente de que os beneficiários acima descritos utilizarão o plano até o último dia deste mês.

**Autorizo a cobrança das mensalidades devidas até a data do cancelamento, bem como me responsabilizo pela utilização indevida após o efetivo cancelamento dos serviços, mediante “Termo de Confissão de Dívida” assinado, sendo passível de execução, quando não cumprido.**

Estou ciente ainda que a cobrança de eventuais valores devidos a título de COPARTICIPAÇÃO em despesas médicas realizadas anteriores a esta data, poderão ser faturadas em cobranças posteriores.

**TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS**

Como participante do plano assistencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano assistencial ora formalizada, disponha dos meus dados pessoais e, eventualmente dados pessoais sensíveis, desde que necessários, bem como de meus dependentes porventura inscritos, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, podendo tal consentimento ser revogado a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades específicas constantes deste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da

boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

Autorizo ainda, especificamente, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, o tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes eventualmente inscritos como beneficiários no plano assistencial.

### **ASSINATURA**

As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais ou informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-Brasil, conforme disposto pelo artigo 10, da Medida Provisória nº 2.200/2001, em vigor no Brasil.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular

\_\_\_\_\_  
Fundação Libertas