

TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE DADOS

Eu, _____, inscrito(a) sob o CPF nº _____, **autorizo**, nos termos do artigo 7º, inciso I da lei 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados), a UNIMED UBERLÂNDIA a utilizar os meus dados conforme os itens assinalados abaixo para:

- ☐ Enviar campanhas publicitárias da Unimed Uberlândia e Parceiros em meu e-mail ou por SMS e telefonia;
- ☐ Enviar informativos sobre os produtos contratados e novos benefícios em meu e-mail ou por SMS e telefonia;
- ☐ Compartilhamento de nome e número da carteirinha para a adesão ao programa de desconto na compra de medicamentos na Rede Drogasil.

_____, _____ de _____ de 20____

CONTRATANTE

