

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS

Titular: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Eu, devidamente qualificado como titular de dados, no uso pleno de minhas faculdades, autorizo as pessoas abaixo listadas a gerenciar e tratar sobre solicitações, informações pessoais e sensíveis, incluindo: autorizações, questões financeiras, solicitação de relatórios médicos, 2º via de boletos e/ou demonstrativos de pagamento e atualização de dados cadastrais junto à CASEMBRAPA, CNPJ 08.097.092/0001-81, conforme inciso I do art. 7º da Lei 13.709/2018 – LGPD.

Este documento é válido por tempo indeterminado e pode ser revogado a qualquer momento mediante manifestação expressa do titular.

Pessoas autorizadas:

1 - Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_

Telefone: (    )

2 - Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_

Telefone: (    )

3 - Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_

Telefone: (    )

Local, Data.

\_\_\_\_\_  
TITULAR DOS DADOS