

ANEXO II
**DECLARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS E SENSÍVEIS -
DEPENDENTES E AGREGADOS MENORES DE 18 (DEZOITO) ANOS E/OU INCAPAZES**

1. Eu,

Nacionalidade:

Estado Civil:

Nome da mãe:

Nome do pai:

Profissão:

Portador(a) da Identidade:

CPF:

Genitor(a), tutor(a) ou curador(a) autorizo a Geap Autogestão em Saúde a realizar tratamento dos dados pessoais e pessoais sensíveis do(a) menor e/ou incapaz:

em razão do objetivo do formulário de adesão, sendo consição para a prestação de assistência a saúde suplementar, conforme determina a Lei nº. 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD.

2. É necessário ao genitor(a), tutor(a) ou curador(a) responsável legal do dado pessoal e pessoal sensível do(a) menor e/ou incapaz, mediante requisição, a qualquer momento obter informações e formular requerimentos específicos por meio da Central Nacional de Teletendimento: 0800 728 9300, ou presencialmente nos balcões de atendimento das Unidades Administrativas.

3. Sendo a expressão da verdade, responsabilizo-me civil e criminalmente pela fidedignidade desta declaração.

_____, _____ de _____ de _____.

Local e Data

Assinatura do(a) Genitor(a), Tutor(a) ou Curador(a)