



FORMULÁRIO DE PEDIDO DE ACESSO PELO TITULAR DE DADOS

Você tem o direito de solicitar dados pessoais que possamos manter sobre você. Isso é conhecido como **Solicitação de acesso pelo titular de dados** ("DSAR"). Se você deseja fazer um DSAR no nosso site, acesse: www.uniodontominas.coop.br, ou preencha este formulário e retorne para nós por correio, e-mail ou deixa nas nossas unidades.

Caso envie por e-mail, por favor utilize o seguinte endereço:

Encarregado de dados [DPO] -Paulino Donizetti da Silva Oliveira
Uniodonto Minas- dpo@uniodontominas.coop.br
Av. João XXIII nº 697 – Bairro Saraiva – Uberlândia MG

Se estiver enviando por e-mail, use o seguinte endereço: dpo@uniodontominas.coop.br. Por favor, escreva "Solicitação de acesso pelo titular dos dados" no campo de assunto do e-mail.

1. Nome completo do titular

2. Data de nascimento

3. Endereço atual

4. Número de telefone

Telefone fixo

Telefone móvel

5. Detalhes dos dados requisitados

6. Para nos ajudar a procurar as informações necessárias, informe-nos com os detalhes mais detalhados possíveis por exemplo, endereço, tipo de plano adquirido. Se não recebermos



informações suficientes para localizar os dados necessários, talvez não possamos atender à sua solicitação.

7. As informações serão enviadas ao titular dos dados ou seu representante?

Ao titular dos dados ☐ Ao representante ☐

Se os dados forem enviados ao **representante**, as seções 9 e 10 precisam ser preenchidas.

8. Confirmo que sou o titular dos dados.

Assinatura: _____

Nome completo: _____

Data: _____

Anexo uma cópia dos meus documentos de identificação e prova de endereço (incluindo um documento de identificação emitido pelo governo).

9. (A ser preenchido se a pergunta 7 for respondida com “Ao representante”) O Titular dos dados (cujos dados estão sendo solicitados) deve fornecer uma autorização por escrito para que as informações sejam divulgadas ao seu representante autorizado.

Autorizo _____ (preencha o nome do representante autorizado) a solicitar acesso aos meus dados pessoais.

Assinatura do titular dos dados: _____

Nome completo: _____





10. (A ser preenchido pelo representante do titular dos dados) Confirmo que sou o representante autorizado do titular dos dados.

Nome do representante autorizado e endereço para onde os dados pessoais devem ser enviados:

Assinatura: _____

Nome completo: _____

Data: _____

Faremos todos os esforços para processar sua solicitação de acesso o mais rapidamente possível dentro de 15 dias. No entanto, se você tiver alguma dúvida enquanto a sua solicitação estiver sendo processada, não hesite em entrar em contato conosco neste endereço de e-mail: dpo@uniodontominas.coop.br

