

# TERMO DE CONSENTIMENTO

PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS  
DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES



## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

---

Por meio deste instrumento e em representação de meu(s) dependente(s) menor(es) de 18 (dezoito) anos de idade (NOMES);

---

---

---

**AUTORIZO** de forma expressa, informada e inequívoca, o tratamento dos dados pessoais dos menores supracitados pela **Instituição Beneficente Coronel Massot**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, Operadora de Plano de Saúde, registrada na ANS na modalidade de Autogestão, sob o nº 41.942-7, inscrita no CNPJ sob o nº. 92.827.666/0001-36, com sede na Rua Barão do Triunfo, nº. 175, bairro Menino Deus, CEP 90130-101, Porto Alegre/RS, denominada simplesmente **IBCM**; exclusivamente, para as finalidades relativas à execução de contrato do Plano Privado de Assistência à saúde, nos termos do art. 7º, inciso V e do art. 11, inciso II, alínea d, da **Lei nº. 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)**.

(Local e Data)

---

---

Assinatura do Representante Legal

Nome:

CPF: