



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



SOLICITAÇÃO DE AUTOEXCLUSÃO

PREENCHER OS SEGUINTE DADOS:

- Nome Completo do Solicitante:
- CPF:
- Data de Nascimento:
- Número de Contato: (+55) [Insira o número do celular com DDD]
- E-mail para contato:
- Período Solicitado para Autoexclusão (mínimo 180 dias): De [Data de início] até [Data de término]

Preencher declaração:

Eu, [Nome Completo], portador do CPF [Insira o número do CPF], venho por meio desta, solicitar a **autoexclusão** de minhas contas de jogo junto aos operadores regulamentados pelo Estado da Paraíba, conforme os Termos e Condições dispostos pelo programa de Jogo Responsável.

Declaro estar ciente de que:

1. A autoexclusão será válida por todo o período especificado e será aplicada integralmente a todos os operadores autorizados pela Lotep.
2. Durante o período de autoexclusão, terei acesso apenas a funcionalidades que permitam consultas de histórico financeiro e saques de saldo remanescente, estando proibida minha participação em quaisquer jogos.
3. Para a solicitação de autoexclusão, não há possibilidade de revogação antecipada, considerando o período solicitado.
4. Confirmando que cumpro todos os requisitos legais, incluindo a idade mínima de 18 anos.
5. A exclusão será efetivada no prazo de 24 horas após o envio desta solicitação pela Lotep às Operadoras Autorizadas.

Assinatura: _____

Local e Data: [Insira cidade e data]



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



OBSERVAÇÕES

*Este documento de Solicitação deverá ser encaminhado ao e-mail: cjr@lotep.pb.gov.br juntamente com cópia de documento oficial do solicitante, para fins de comprovação de identidade.

* A solicitação de autoexclusão em nome do participante/apostador poderá ser feita mediante determinação judicial ou por curador legalmente designado, sendo necessário o preenchimento de formulário e apresentação da documentação comprobatória.