

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

CPF: _____ Matricula no Plano: _____

CAMPO 2 – INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO

Para alterar dados cadastrais, você deve selecionar o tipo de informação que deseja atualizar e preencher os dados relativos à(s) seção(ões) selecionada(s).

CAMPO 3 - DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Naturalidade (cidade/UF):: _____ Nacionalidade: _____

Estado civil:

Solteiro
 Casado
 Viuvo
 Desquitado
 Separado
 Divorciado

Cônjuge _____ CPF do Cônjuge _____

Grau de instrução:

- | | | |
|---|--|---------------------------|
| 01 - Ensino fundamental incompleto | 05 - Superior incompleto | 09 - Doutorado |
| 02 - Ensino fundamental completo | 06 - Superior completo | 10 - Pós-Doutorado |
| 03 - Ensino médio incompleto | 07 - Pós-Graduação/Especialização | |
| 04 - Ensino médio completo | 08 - Mestrado | |

Documento de Identidade: _____

Tipo de Documento:

Carteira de Identidade
 Carteira Nacional de Habilitação
 Carteira de Identidade Profissional
 Passaporte

Orgão Expedidor: _____ Data de Emissão: _____

Nome da Mãe:

Nome da Pai:

ANEXE JUNTO AO REQUERIMENTO O DOCUMENTO QUE COMPROVE A ALTERAÇÃO SOLICITADA:

- Cópia de Documento de Identidade e CPF
- Certidão de Casamento, Declaração de União Estável, Averbação da Certidão de Casamento, de acordo com o estado civil declarado.
- Cópia de Documento de Identidade e CPF do Cônjuge/Companheiro, caso haja."

CAMPO 4 - ENDEREÇOS

Endereço (Logradouro): _____ N° _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

"O Endereço Alternativo será utilizado com uma forma de contato com o participante, caso este não seja encontrado pelos demais meios de comunicação. Este endereço não será utilizado pela Fundação Libertas para envio de detalhes do plano, dados financeiros ou pessoais. Sugere-se o cadastro do endereço de um familiar próximo."

Endereço Alternativo : _____ N° _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

ANEXE JUNTO AO REQUERIMENTO O DOCUMENTO QUE COMPROVE A ALTERAÇÃO:

- Comprovante de Endereço

CAMPO 5 – CONTATOS

Telefone Residencial: _____ Telefone Celular: _____ Telefone Profissional: _____

E-mail Pessoal: _____ E-mail Profissional: _____

CAMPO 6 – DADOS PROFISSIONAIS

Lotação (área de trabalho) _____ Data de Admissão: _____

Forma de contratação: **01** - Concurso Público (estatutário) **02** - Concurso Público (celetista)
 03 - Recrutamento Amplo **04** - Diretor ou Conselheiro não empregado

Cargo: _____ Empresa: _____

Normal/Insalubre: _____ Data de admissão: _____ Data de demissão: _____

Órgão que concedeu o Benefício

Responder apenas se for receptor de benefício da Previdência Oficial” • Regime Geral (INSS) • Regime próprio (Estado/Município/ União)

Tipo de Benefício

Responder apenas se for receptor de benefício da Previdência Oficial”

• Aposentadoria por tempo de contribuição/serviço • Aposentadoria por Invalidez
 • Aposentadoria Especial • Pensão por morte
 • Aposentadoria por Idade • Auxílio doença
 Outro. Qual? _____

*Data de Início do Benefício na Previdência Oficial

*Responder apenas se for receptor de benefício da Previdência Oficial.

ANEXE JUNTO AO REQUERIMENTO O DOCUMENTO QUE COMPROVE A ALTERAÇÃO:

- Cópia da Carteira de Trabalho.

CAMPO 7 – DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco: _____ Código da Agência: _____ Número da Conta: _____

ANEXE JUNTO AO REQUERIMENTO O DOCUMENTO QUE COMPROVE A ALTERAÇÃO:

- Comprovante de conta bancária (cópia do cartão, extrato bancário).

CAMPO 8 – DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Código do beneficiário: Mãe Pai Tio Irmão Outros

Sexo: _____ Dependente de IR: _____ Inválido: Sim Não Universitário: Sim Não Dependente Econômico: Sim Não

ANEXE JUNTO AO REQUERIMENTO O DOCUMENTO QUE COMPROVE A ALTERAÇÃO:

- Cópia do Documento de Identidade e CPF de cada um dos beneficiários
- Comprovante de vínculo
- Certidão de Casamento
- Certidão de Nascimento
- Declaração de União Estável
- Se Inválido: Comprovante de invalidez
- Se Dependente Econômico: Comprovante de dependência econômica (inválido, doente ou maior de 60 anos, sem recursos suficientes que coabitem por mais de 2 anos). Fornecer comprovante de Renda ou comprovação de inscrição no Regime Geral da Previdência Social.

CAMPO 9 – DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DESIGNADOS

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Código do beneficiário: Mãe Pai Tio Irmão Outros

Sexo: _____ Dependente de IR: _____

Inválido: Sim Não Universitário: Sim Não Dependente Econômico: Sim Não

ANEXE JUNTO AO REQUERIMENTO O DOCUMENTO QUE COMPROVE A ALTERAÇÃO:

- Cópia do Documento de Identidade e CPF de cada um dos beneficiários

CAMPO 10 – DATA E ASSINATURA

Local: _____ Data: _____

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Como participante do Plano Previdencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano previdencial ora formalizada, disponha dos meus dados pessoais e, eventualmente dados pessoais sensíveis, desde que necessários, bem como de meus dependentes porventura inscritos, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, podendo tal consentimento ser revogado a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades específicas constantes deste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

Autorizo ainda, especificamente, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, o tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes eventualmente inscritos como beneficiários no plano previdencial.

ASSINATURA

As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais ou informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-Brasil, conforme disposto pelo artigo 10, da Medida Provisória nº 2.200/2001, em vigor no Brasil.

Assinatura