

**Plano: Plano MGSPrev - CNPB nº 1019.0030-74**
**IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Matrícula Libertas: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Telefone Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Conforme previsto no Regulamento do Plano MGSPrev, informo que desejo verter para o Plano as Contribuições, conforme abaixo:

**CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL**

Desejo realizar as Contribuições Adicionais da seguinte forma:

Percentual (1)

 %

**Período**

Mês:	Ano:	a	Mês:	Ano:
------	------	---	------	------

**IMPORTANTE:** (1) Percentual de até 1% a 10% do salário efetivo, com variação de intervalo de 1%; (2) Período mínimo de 12 meses.

**CONTRIBUIÇÃO VOLUNTÁRIA**

Desejo realizar a Contribuição Voluntária no seguinte valor:

Valor unitário (3)

**R\$**



Boleto Bancário

**IMPORTANTE:** Consultar o valor mínimo nos canais de atendimento da Fundação Libertas. (3)

**Declaro estar ciente que o boleto quitado será processado na data do seu efetivo pagamento.**

Assumo a responsabilidade integral das informações prestadas e declaro ter conhecimento da legislação vigente e das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios.

Autorizo a administração do Plano a tomar todas as providências necessárias conforme minha solicitação neste documento.

### **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.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante