

Nome do Titular Falecido (Sem abreviatura):  
\_\_\_\_\_Nome do Novo Titular do Grupo Familiar (Sem abreviatura):  
\_\_\_\_\_Matrícula Fundação Libertas:  
\_\_\_\_\_Patrocinadora:  
\_\_\_\_\_Matrícula Patrocinadora:  
\_\_\_\_\_Numero Carteira de Identidade:  
\_\_\_\_\_Data de Nascimento:  
\_\_\_\_\_CPF:  
\_\_\_\_\_Filiação (Sem Abreviatura):  
\_\_\_\_\_Logradouro:  
\_\_\_\_\_Nº:  
\_\_\_\_\_Complemento:  
\_\_\_\_\_Bairro/Distrito:  
\_\_\_\_\_Cidade:  
\_\_\_\_\_UF:  
\_\_\_\_\_CEP:  
\_\_\_\_\_Telefone Fixo:  
\_\_\_\_\_Telefone Comercial:  
\_\_\_\_\_Telefone Celular:  
\_\_\_\_\_E-mail:  
\_\_\_\_\_Atendente:  
\_\_\_\_\_

Guiche

Ura

**ALTERAÇÃO DOS DADOS CADASTRAIS DOS DEPENDENTES JÁ INSCRITOS NOS PLANOS DE SAÚDE:**Dependente (Sem Abreviatura):  
\_\_\_\_\_Filiação (Sem Abreviatura):  
\_\_\_\_\_Dependente (Sem Abreviatura):  
\_\_\_\_\_Filiação (Sem Abreviatura):  
\_\_\_\_\_Dependente (Sem Abreviatura):  
\_\_\_\_\_Filiação (Sem Abreviatura):  
\_\_\_\_\_

Declaro, neste ato, para os devidos fins de direito, que assumirei o pagamento de todas as despesas com contribuições e/ou coparticipações de procedimentos médicos e hospitalares de responsabilidade do titular falecido, até a data do seu óbito, incluídas aquelas ainda não apresentadas pela rede de prestadores de serviços de saúde credenciada pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS**. Declaro-me, ainda, ciente de que o pagamento de tais despesas é condição inafastável para a minha permanência no plano de saúde administrado pela **FUNDAÇÃO LIBERTAS**.

**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 beneficiário titular