

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Matrícula Fundação Libertas: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Carteira Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

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

Pelo presente Termo, o assistido abaixo identificado, cumprido os requisitos regulamentares referentes ao prazo para percepção do benefício de renda continuada, contados a partir da Data de Início do Benefício e, depois, da última alteração procedida, com base no saldo remanescente da Conta CIB e opta pela ALTERAÇÃO DA FORMA DE RECEBIMENTO DA RENDA, na forma seguinte:

**RENDA POR PRAZO CERTO**, em anos  5  10  15  20  25  30  35

**com** reversão em Pensão  **sem** reversão em Pensão

---

**RENDA LINEAR** em anos  5  10  15  20  25  30  35

**com** reversão em Pensão  **sem** reversão em Pensão

---

**RENDA POR PRAZO INDETERMINADO**  **com** reversão em Pensão  **sem** reversão em Pensão

Declaro estar ciente de que o início de vigência da nova forma de percepção dar-se-á conforme disposto no Regulamento, a partir do mês subsequente ao da opção ora realizada, e o novo valor será calculado de acordo com o saldo remanescente.

Por fim, declaro estar ciente de que, caso o benefício seja inferior a uma a uma **URP**, o valor residual existente na conta CIB será pago de uma só vez, com os encargos de estilo, encerrando-se assim todo e qualquer vínculo do Assistido para com o plano de benefícios.

**A opção conferida através do presente Termo NÃO se aplica aos assistidos aposentados por invalidez, cuja renda é paga somente pelo prazo indeterminado, conforme Regulamento.**

### 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

**Necessário apresentação de cópia de RG e CPF.**