

Pelo presente Termo de Opção, eu, o participante abaixo qualificado manifesto minha decisão pela manutenção da inscrição junto à Fundação LIBERTAS. Esta opção objetiva manter a continuidade da condição de participante desta Fundação e assegurar a percepção dos benefícios oferecidos em seu regulamento, quando do preenchimento das carências, bem como para exercer por meio deste direito de "AUTO PATROCÍNIO", a opção de continuar a pagar os valores da parcela de minha contribuição e a parcela relativa à contribuição da patrocinadora, previsto no artigo 14, item IV da Lei Complementar 109 de 29 de Maio de 2001 e do Regulamento de Benefícios da Fundação Libertas. Declaro conhecer todas as normas regulamentares pertinentes, comprometendo-me a apresentar toda a documentação exigida.

**Obs.: Caso o participante retorne as atividades na empresa sem a comunicação prévia e formal à Fundação LIBERTAS, sua Opção de AUTOPATROCINIO será automaticamente cancelada.**

Nome:				Matrícula Fundação Libertas:	
Patrocinadora:	Data de Admissão:	Data de Inscrição:	Demissão:		
CPF:	Carteira de Identidade:	Órgão Emissor:			
Filiação:					
Endereço:					
Cidade:	Estado:	CEP:			
E-mail:	Telefone Fixo:	Telefone Celular:			
Data de Início do Auto Patrocínio:					

### CÁLCULO DA CONTRIBUIÇÃO

Remuneração:	<input type="text"/>	% de Contribuição Participante:	<input type="text"/>
Salário de Contribuição:	<input type="text"/>	Valor Mensal da Contribuição:	<input type="text"/>
% de Contribuição Patrocinadora:	<input type="text"/>		

### **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

### **APROVAÇÃO**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data da aprovação

\_\_\_\_\_  
Fundação Libertas de Seguridade Social