

Pelo presente Termo, manifesto minha Opção pelo Instituto do AUTOPATROCÍNIO perante o plano CODEMIGPREV, e declaro conhecer as regras do regulamento a respeito deste instituto.

Estou ciente que, nesta condição, deverei pagar as contribuições de minha responsabilidade e as contribuições da Patricinadora CODEMIG/CODEMGE, na forma disciplinada no Regulamento, conforme previsto ainda no artigo 14, da LC 109/2001, e artigo 22 da Resolução CGPC nº 06, de 30.10.09.

Obs: Caso o Participante retorne às atividades na CODEMIG/CODEMGE, fica ciente de que DEVE comunicar o retorno formalmente à Fundação Libertas, para que esta opção de AUTOPATROCÍNIO seja cancelada.

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome: _____ Matrícula Fundação Libertas: _____

Matr. CODEMIG/CODEMGE: _____ N° de Identidade: _____ Orgão Emissor: _____ Data Expedição: _____ Data Demissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone Fixo: _____ Telefone Celular: _____ E-mail: _____

OPÇÕES DE AUTOPATROCÍNIO

- AUTOPATROCÍNIO:** Pagamento por meio de boleto bancário.
- SUSPENSÃO CONTRIBUTIVA** (Art. 40, §3º do Regulamento): Contribuições ficam suspensas até 24 meses a cada 48 meses.
- Percentual de contribuição durante o Autopatrocínio:** _____ % da remuneração. De 3% a 10%, variando de forma crescente, em intervalos de 0,5%. (Art. 12, 11º e Art. 40, inciso I)
- Início da validade** ____/____/20____

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.

Declaração

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

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante