

Pelo presente Termo, manifesto minha OPÇÃO pelo Instituto do AUTOPATROCÍNIO perante o plano MGSPREV, 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 Patrocinadora MGS, 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 retorne às atividades na MGS, fica ciente de que DEVE comunicar o retorno formalmente à Fundação Libertas, para que esta opção de AUTOPATROCÍNIO seja cancelada.

Nome Completo: _____ Matrícula Fundação Libertas: _____

CPF: _____ Carteira de Identidade: _____ Orgão Emissor: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ Telefone Fixo: _____ Telefone Celular: _____

E-mail: _____

OPÇÕES DE AUTOPATROCÍNIO

- AUTOPATROCÍNIO:** Pagamento por meio de boleto bancário.
- SUSPENSÃO CONTRIBUTIVA*** (Art. 25, 3º do Regulamento): Contribuições ficam suspensas até 12 meses a cada 48 meses.

Percentual de contribuição durante o Autopatrocínio:

_____ % incidente sobre o Salário Efetivo de até 10 URPs; De 0,5% a 1,5%, variando de forma crescente, em intervalos de 0,5%. (Art. 23, inciso I).

_____ % incidente sobre o Salário Efetivo que exceder a 10 URPs, limitado a 40 URPs. De 1,5% a 7%, variando de forma crescente, em intervalos de 0,5%. (Art. 23, inciso II).

*Com base no §3º do artigo 27, ao Participante Autopatrocinado que utilizar da SUSPENSÃO CONTRIBUTIVA prevista no §3º do artigo 25, será facultada a manutenção das parcelas destinadas à Contribuição de Risco, desde que solicitado formalmente, devendo essa Contribuição ser recolhida à Entidade, na forma que esta vier a disciplinar, podendo, inclusive, ser descontada mensalmente do saldo da Subconta Contribuições Normais de sua Conta CIP.

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