

À Libertas

Na qualidade de titular do Plano Assistencial da Libertas, venho requerer de V.Sa. a permanência do(s) meu(s) dependente(s) abaixo discriminado(s), declarando conhecer o teor do Estatuto da Fundação LIBERTAS de Seguridade Social, bem como o Regulamento Específico do Plano Privado de Assistência à Saúde.

Nome:

Nome:	Parentesco:	CPF:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autorizo o débito mensal das contribuições a que estiver sujeito, após o deferimento da permanência do(s) meu(s) dependente(s), bem como as participações que me competem globais ou parciais em minha folha de pagamento, ou a critério da LIBERTAS.

Nome do titular:	CPF:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail:	Telefone:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Patrocinadora:	Matrícula:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Como participante do plano assistencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano assistencial 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.

TRATAMENTO DE DADOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Declaro, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, que **AUTORIZO EXPRESSAMENTE** o tratamento dos dados pessoais da criança/adolescente indicado como beneficiário, nos termos do art. 14 da Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

Declaro, ainda, que as informações prestadas são verdadeiras e que possuo poderes legais para conceder este consentimento.

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 titular

CAMPO DE PREENCHIMENTO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS

Data do recebimento: _____

Data de inscrição: _____

Responsável pela inscrição: _____