

Nome do beneficiário:

Plano:	CPF:	Matrícula Libertas:		
_____	_____	_____		
Logradouro:	Nº:	Complemento:	Bairro:	
_____	_____	_____	_____	
Cidade:	Estado:	CEP:		
_____	_____	_____		
Telefone fixo:	Telefone celular:			
_____	_____			
E-mail:				

DADOS BANCÁRIOS

Boleto Bancário Débito em Conta

BANCOS CONVENIADOS: BANCO DO BRASIL BANCO ITAÚ BANCO SANTANDER

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Estou ciente e de acordo com a forma de pagamento escolhida acima para o pagamento das contribuições. No caso de débito em conta, autorizo o débito automático na conta corrente de que sou titular, comprometendo-me a manter saldo disponível e suficiente para a liquidação dos valores na data de seus respectivos vencimentos. Declaro ter conhecimento de que a Fundação Libertas não se responsabiliza pela não efetivação do débito ou por suas consequências em razão de insuficiência de saldo em minha conta corrente.

NECESSÁRIA A APRESENTAÇÃO DE COMPROVANTE QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS.

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, 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