

**Dados pessoais**

Nome completo:			Nome social:		
CPF:			Sexo:		
			<input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Feminino	<input type="radio"/> Outro:
Data de nascimento:	Cidade de nascimento:			Estado civil:	
Endereço:			N°:	Complemento:	
Bairro:	CEP:			Cidade/Estado:	
Telefone fixo:			Telefone celular:		
E-mail pessoal:			E-mail profissional:		

**Dados profissionais**

Matrícula na Cohab:	Data de admissão:	Salário:
---------------------	-------------------	----------

**Dados dos beneficiários<sup>1</sup>**

(Pessoas físicas indicadas para receber benefício por morte ou valores decorrentes do falecimento do participante)

Nome 1:	CPF 1:	Data de nascimento:	Grau de parentesco:
Nome 2:	CPF 2:	Data de nascimento:	Grau de parentesco:
Nome 3:	CPF 3:	Data de nascimento:	Grau de parentesco:
Nome 4:	CPF 4:	Data de nascimento:	Grau de parentesco:

**1 - Se não entregar a documentação, não será considerado como beneficiário.**

### Contribuição normal do participante

Autorizo o desconto das minhas contribuições por meio da Folha de Pagamento ou da forma determinada pela Fundação Libertas de Seguridade Social, correspondente ao percentual sobre meu Salário Efetivo, conforme opção registrada abaixo:

Contribuição<sup>2</sup> Normal Mensal Inicial de (%): \_\_\_\_\_ %

2 - Limite mínimo de 3% (três por cento) e o limite máximo de 7% (sete por cento), considerando os percentuais variando de forma crescente, em intervalos de 0,5% (meio por cento).

### Informações do participante para atender a legislação (Instrução PREVIC nº 18/2014)

Pessoa Politicamente Exposta:

NÃO  SIM Necessário formalizar em documento específico - Declaração de Pessoa Politicamente Exposta/site da Libertas.

**Conceito:** agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares (parentes da linha direta até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada) e outras pessoas de seu relacionamento próximo. **No caso de dúvidas procure o atendimento da Libertas. Se for Pessoa Politicamente Exposta – PPE, favor solicitar a Libertas o formulário específico.**

### Documentação necessária

- Documento de identificação do titular e beneficiário(s) com CPF: documento de identidade ou CNH (Carteira Nacional de Habilitação).
- Comprovante de vínculo empregatício (cópia do contrato de trabalho ou cópia da carteira de trabalho com informações do registro empregatício).

O DEFERIMENTO DO PEDIDO DE INSCRIÇÃO E INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO(S), PELA FUNDAÇÃO LIBERTAS, DEPENDERÁ DA APRESENTAÇÃO DE TODOS OS DOCUMENTOS.

### Declaração

Declaro ter conhecimento do regulamento do plano de benefícios CohabPrev disponível no site da Fundação Libertas. Estou ciente que assinatura da inscrição, concretiza a efetivação da minha entrada no plano, bem como dos meus beneficiários, comprometendo-me a informar à Fundação Libertas qualquer alteração ocorrida nas informações aqui prestadas em até 30 (trinta) dias de sua ocorrência e juntando os documentos, sob pena de me responsabilizar pelos encargos causados ao plano decorrentes das informações não prestadas tempestivamente.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela fidelidade destas, estando ciente que a Fundação Libertas poderá, a qualquer momento, exigir a comprovação das informações ora prestadas, bem como utilizar e tratar as informações de dados pessoais, inclusive de meios digitais, para fins de operacionalização e de gestão do plano.

Autorizo o desconto das minhas contribuições por meio da Folha de Pagamento ou da forma determinada pela Fundação Libertas de Seguridade Social, correspondente ao percentual sobre meu Salário Efetivo, conforme opção registrada.

Declaro estar ciente que a minha inscrição no plano será efetivada no dia 1º do mês subsequente a data de assinatura do Termo de Inscrição.

### **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.

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Matrícula da Fundação Libertas (campo da Libertas):

Data da inscrição (campo da Libertas):

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|