

Nome:				Matrícula:	
CPF:				Endereço:	
Bairro:				Cidade:	
Estado:	CEP:			Telefone fixo:	Telefone celular:
E-mail:					

Pelo presente Termo de Opção, manifesto a decisão pela manutenção da inscrição no plano de Benefício Definido - Copasa Saldado, administrado pela Fundação Libertas. Esta opção objetiva manter a continuidade da condição de participante neste plano e assegurar a percepção dos benefícios oferecidos conforme regulamento, quando do preenchimento das carências, bem como para exercer por meio deste direito de "AUTOPATROCÍNIO", a opção de continuar a pagar os valores da parcela de minha contribuição e a parcela relativa à contribuição da patrocinadora, na forma disciplinada no Regulamento (artigo 83 § 4º), conforme previsto no artigo 14, inciso IV da LC 109, de 29.05.01 e artigos 23 a 26 da CNPC 50 de 16/02/2022. Declaro ter conhecimento das normas regulamentares pertinentes, comprometendo-me a apresentar toda a documentação exigida.

Estou ciente de que caso eu retorne as minhas atividades na empresa, devo comunicar o retorno formalmente a Fundação Libertas, para que a opção de AUTOPATROCÍNIO seja cancelada.

### **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.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**APROVAÇÃO**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data da aprovação

\_\_\_\_\_  
Fundação Libertas de Seguridade Social