

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Nome Social: _____

Data de nascimento: _____ CPF: _____ Est.Civil: _____

Sexo: Masculino Feminino Outros: _____ CEP: _____

Endereço/ Logradouro: _____ Bairro: _____ N°: _____

Complemento: _____ UF: _____ Cidade: _____

E-mail Pessoal: _____ E-mail Comercial: _____

Telefone: _____ Celular: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Matrícula da empresa: _____ Data de admissão: _____ Salário: _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS*

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

Nome: _____	CPF: _____	Data Nascimento: _____	Parentesco: _____
Nome: _____	CPF: _____	Data Nascimento: _____	Parentesco: _____
Nome: _____	CPF: _____	Data Nascimento: _____	Parentesco: _____
Nome: _____	CPF: _____	Data Nascimento: _____	Parentesco: _____
Nome: _____	CPF: _____	Data Nascimento: _____	Parentesco: _____

***Caso a documentação não seja entregue, será desconsiderado 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:

Faixa 1:

Da parte do meu salário que vai até R\$ 6.166,80* eu quero contribuir com:

0,5% 1% 1,5%

Faixa 2:

Se o meu salário ultrapassar os R\$ 6.166,80* eu quero contribuir mais:

1,5% 2% 2,5% 3% 3,5% 4%
 4,5% 5% 5,5% 6% 6,5% 7%

OBS.: limitado ao salário máximo de R\$ 24.667,20*.

*Referência: 04/2026.

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).

O deferimento do pedido de inscrição e inclusão de beneficiário(s), pela Fundação Libertas, dependerá da apresentação de todos os documentos.

***Solicitamos o envio de documentos que comprovem a matrícula e a data de admissão, tais como contrato de trabalho ou documento equivalente.**

DECLARAÇÃO

Declaro ter conhecimento do regulamento do plano de benefícios MGSPrev 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.

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 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.

Data

Assinatura do participante