

Plano: CodemigPrev/CodemgePrev - CNPB nº 2013.0016-65

## IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome Civil:

Nome Social:

CPF:

Matrícula Codemig/Codemge:

Telefone:

Celular:

E-mail pessoal:

E-mail Comercial:

Conforme previsto no Regulamento do Plano CodemigPrev, informo que desejo verter para o Plano a(s) Contribuição(ões) Extraordinária(s), conforme abaixo:

## CONTRIBUIÇÃO EXTRAORDINÁRIA VOLUNTÁRIA

Participante e do Assistido	(*) Valor unitário	R\$
-----------------------------	--------------------	-----

Desejo realizar as Contribuições Extraordinárias Voluntárias da seguinte forma:

- Deconto em folha de pagamento de Patrocinadora
  Boleto Bancário - *Vencimento no último dia do mês subsequente ao protocolo da solicitação*

**IMPORTANTE:** valor mínimo de 1 URP - Unidade de Referência do Plano, pelo período mínimo de 12 meses.

Para a renovação da Contribuição Extraordinária Voluntária do Participante e do Assistido, após o período de 12 meses, é necessário o preenchimento de uma nova solicitação

## CONTRIBUIÇÃO EXTRAORDINÁRIA EVENTUAL

Participante e do Assistido	(*) Valor unitário	R\$
-----------------------------	--------------------	-----

Desejo realizar as Contribuições Extraordinárias Voluntárias da seguinte forma:

- Deconto em folha de pagamento de Patrocinadora
  Boleto Bancário

Valor unitário da(s) Contribuição(ões)	Quantidade Total de Contribuição (ões)	Período				
R\$		Mês:	Ano:	a	Mês:	Ano:

**IMPORTANTE:** valor mínimo de 2 URP 's - Unidade de Referência do Plano, pelo período máximo de 4 vezes ao ano. O valor da URP está disponível para consulta no site e nos canais de atendimento da Fundação Libertas.

**Declaro estar ciente de que o desconto em folha ou boleto bancário será processado no mês subsequente ao do protocolo desta solicitação junto a Fundação Libertas.**

Assumo a responsabilidade integral das informações prestadas e declaro ter conhecimento da legislação vigente e das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios.

Autorizo a administração do Plano a tomar todas as providências necessárias conforme minha solicitação neste documento.

#### **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.

#### **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 \_\_\_\_\_

*Assinatura do participante*