

**NA QUALIDADE DE PARTICIPANTE/BENEFICIÁRIO DO PLANO PREVIDENCIAL, VENHO REQUERER O BENEFÍCIO ABAIXO ASSINALADO**

- Aposentadoria Normal       Aposentadoria Antecipada       Aposentadoria por Invalidez       Benefício Proporcional Diferido (BPD) prazo p/recebimento \_\_\_\_\_ anos (de 15 a 30 anos)
- Pensão por Morte       Pensão

**DADOS PESSOAIS**

Nome: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_

Matrícula Fundação Libertas: \_\_\_\_\_ Matrícula Empresa: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Endereço/ Logradouro: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

E-mail Pessoal: \_\_\_\_\_ E-mail Comercial: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Telefone Comercial: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

**DADOS DOS BENEFICIÁRIOS***Marque abaixo para beneficiário de Imposto de Renda*Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

**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.

**Declaro junto à Fundação Libertas, serem verdadeiras todas as informações acima.**

---

Local:

---

Data:

---

Assinatura do requerente