

Conforme expresso no presente formulário, manifesto minha opção perante o Novo Plano Copasa, CNPB: nº 2010.0022-19, e declaro conhecer as regras do Regulamento.

Estou ciente que na condição de Autopatrocinado ou Contrato de Trabalho Suspenso, salvo quando esta condição for oriunda de Auxílio Doença ou Acidente de Trabalho, deverei pagar as contribuições de minha responsabilidade e as contribuições da patrocinadora **COPASA**, na forma disciplinada no Regulamento vigente, conforme previsto, ainda, no inciso IV do artigo 14, da Lei Complementar nº 109/2001, e artigo 27 da Resolução CGPC nº 06/2003.

Obs: Estou ciente que a qualquer momento poderei alterar a opção de Autopatrocinado e vice-versa. **Caso retorne as atividades na COPASA estou ciente do DEVER de comunicar formalmente o retorno a Fundação Libertas, para que esta opção seja cancelada.**

DADOS PESSOAIS

Nome:

Nome Social:

Matrícula:

CPF:

CEP:

Endereço/ Logradouro:

Bairro:

Nº:

Complemento:

UF:

Cidade:

E-mail Pessoal:

E-mail Comercial:

Telefone:

Celular:

OPÇÕES☐ **CONTRATO DE TRABALHO SUSPENSO:**

Pagamento da parcela de Administração e Risco da Contribuição Normal Total.*

Deseja alterar o percentual de contribuição? ☐ Não ☐ Sim DE: _____ PARA: _____O Contrato de Trabalho Suspenso é oriundo de Auxílio Doença ou Acidente de Trabalho? ☐ Não ☐ Sim☐ **AUTOPATROCÍNIO:**

Pagamento da Contribuição Normal Total. (Aposentadoria Programada, Risco (pensão e invalidez) e Administração.

Deseja alterar o percentual de contribuição? Não Sim DE: _____ PARA: _____

☐ Pagamento por boleto bancário ☐ Suspensão das contribuições

***FINANCIAMENTO DA TAXA DE RISCO E ADMINISTRAÇÃO:** Ao optar pelo contrato de trabalho suspenso, expresse minha concordância em ter os valores referentes a Taxa de Risco e Administração serão descontados na folha de pagamento da COPASA. Na impossibilidade de desconto, por insuficiência de proventos, a Copasa Financiará as referidas Taxas.

SUSPENSÃO CONTRIBUTIVA: (Art. 43, §3º do Regulamento): Contribuições ficam suspensas. **IMPORTANTE:** Se houver a suspensão contributiva, tenho ciência que, na ocorrência de invalidez, morte ou reclusão, NÃO haverá a cobertura do SALDO PROJETADO do Fundo Previdencial, nos termos do Regulamento do plano. Não permitido para Participante com Contrato de Trabalho Suspenso (Art. 43, §4º do Regulamento).
Permitido uma vez a cada 48 meses consecutivos e pelo período de até 24 meses consecutivos.

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