AUTORIZAÇÃO VOLUNTÁRIA DE DESCONTO PARA OS FUNDOS DE PENSÃO

RN 35/2020

NOME COMPLETO

TELEFONE

E-MAIL

CRO

UF

CPF

CEP

ENDEREÇO RESIDENCIAL (AV./RUA)

COMPLEMENTO

NÚMERO

BAIRRO

CIDADE

UF

1. Os dados pessoais preenchidos acima serão utilizados exclusivamente para a prestação dos serviços contratados nos termos do artigo 7º, inciso V, da Lei Federal nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais LGPD, ressalvada eventual obrigação legal que exija os dados ou a adesão a termo de consentimento que preveja outras condições de tratamento destes dados pessoais.
2. Eventualmente, a DENTAL UNI compartilhará os referidos dados com autoridades, fornecedores e prestadores de serviços para que sejam cumpridas as finalidades previstas anteriormente. Os dados permanecerão sob a guarda da DENTAL UNI após o término da relação contratual para exercício regular de direitos e cumprimento de eventuais obrigações legais e/ou regulatórias.
3. A DENTAL UNI se compromete a zelar pela segurança dos dados pessoais aos quais tiver acesso, exercendo as boas práticas de governança e segurança da informação, na forma da Lei.
4. Dúvidas ou maiores esclarecimentos a respeito do tratamento dos dados pessoais ora preenchidos devem ser tratados por meio do canal exclusivo com o encarregado de dados pessoais da DENTAL UNI no e-mail privacidade@dentaluni.com.br

Na condição de cooperado da DENTALUNI, solicito e autorizo o desconto do percentual abaixo, a ser retirado da minha produção bruta mensal, para depósito nos seguintes fundos:

Mais Futuro (DentalUNIPrev):_____

Precaver: _____

Cooprev: _____

Declaro que tenho ciência de que neste formulário de ***AUTORIZAÇÃO VOLUNTÁRIA DE DESCONTO PARA OS FUNDOS DE PENSÃO***, o máximo de desconto possível é 11%, não estando incluso o percentual de 1% referente ao desconto compulsório para o fundo Mais Futuro (DentalUNIPrev), como determina a decisão assemblear de 21.05.2007.

Declaro que aderi regulamente a/aos Fundo(s) o(s) qual/quais solicito a retenção e depósito, pois em caso de ausência de adesão a DENTALUNI não procederá o desconto ora solicitado, tornando esta solicitação sem validade.

Declaro, ainda, que tenho ciência de que se a DENTALUNI não localizar minha adesão ao Fundo que ora solicito o desconto, ou houver comunicação do Fundo sobre a existência de qualquer irregularidade junto ao Fundo que impeça o depósito do desconto que ora solicito, esta presente autorização ficará sem efeito em 30 dias, devendo portanto haver outra autorização, após a regularização da situação.

Curitiba,

_____

Assinatura