

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

OBSERVAÇÃO – ESTE TERMO APLICA-SE A DEPENDENTES DO(A) EMPREGADO(A) MAIORES DE IDADE, COMO CÔNJUGE OU COMPANHEIRA (O) OU FILHA(O) OU PAI OU MÃE

Dados pessoais do(a) Empregado(a)

Nome completo
Relação com o dependente maior de idade
Endereço residencial
Telefone

Dados pessoais do dependente maior de idade

Nome completo
Endereço residencial
Dados necessários: (ex; RG, CPF, dados da certidão de casamento etc)

Dados do Controlador

Razão social: CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ/MF - 63.002.141/0001-63
Endereço: Rua Rosa e Silva nº 60 – Higienópolis – São Paulo – CEP 01230-909
Contato: telefone (11)3824-54000 – ramal 1761 e correio eletrônico: ouvidoria@crcsp.org.br

CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Eu, _____, acima qualificado(a), de maneira livre, espontânea, sem qualquer vício de consentimento ou de vontade, **AUTORIZO** o **CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRCSP)**, aqui denominado de **CONTROLADOR**, a realizar o tratamento dos meus dados pessoais para a(s) seguinte(s) finalidade(s):

- () inclusão como dependente do(a) empregado(a) supra identificado(a) para fins de dedução de rendimento tributável pelo Imposto de Renda
- () inclusão como dependente do(a) empregado(a) supra identificado(a) para fins de recebimento de salário-família
- () inclusão como dependente do(a) empregado(a) supra identificado(a) no plano de assistência médica e hospitalar
- () inclusão como dependente do(a) empregado(a) supra identificado(a) no plano odontológico

ESTOU CIENTE, ainda, do compartilhamento dos meus dados pessoais, com os órgãos públicos e/ou com fornecedores e/ou prestadores de serviços (empresas de plano de saúde/convênios médicos e plano odontológico) conforme aplicável, para os fins supra especificados.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DOS DIREITOS DO(A) TITULAR DE DADOS

DECLARO estar ciente, nos termos do artigo 18 da Lei nº 13.709/18, de que, no que concerne aos meus dados pessoais, tenho direito a obter do **CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO**, a qualquer momento e mediante requisição:

- (i) confirmação da existência de tratamento de dados;
- (ii) acesso aos dados;
- (iii) correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- (iv) bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei nº 13.709, de 2018;
- (v) portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviços ou produto, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional e do **CRCSP**, observados os dispositivos da lei trabalhista;
- (vi) eliminação dos dados pessoais tratados exclusivamente com base em meu consentimento e revogação do consentimento;
- (vii) informação das entidades públicas e privadas com as quais o **CRCSP** realizou uso compartilhado de dados
- (viii) informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;

DECLARO, outrossim, que fui informado pelo **CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO** de que:

- (i) poderei revogar o consentimento ora fornecido, mediante manifestação expressa, por meio de solicitação via correio eletrônico (ouvidoria@crcsp.org.br) ou correspondência encaminhada ao **CRCSP**;
- (ii) a revogação do consentimento ora fornecido tornará inviável o fornecimento do produto/serviço em relação a minha pessoa e do benefício previdenciário/fiscal ao(a) empregado(a) retro identificado, em face da Lei Geral de Proteção de Dados;
- (iii) poderei contatar o **CRCSP** pelo correio eletrônico: ouvidoria@crcsp.org.br, a qualquer tempo, para me manter atualizado(a) sobre as empresas fornecedoras do plano de saúde coletivo e do plano odontológico;
- (iv) caso sejam necessários outros dados complementares que não tenham sido fornecidos no instrumento próprio, serei oportunamente informado pelo **CRCSP**, através do(a) empregado(a) retro identificado(a), bem como de que o **CRCSP** irá respeitar a minha privacidade.
- (v) o período de armazenamento dos meus dados pessoais, mesmo na hipótese de pedido de revogação do consentimento, será feito por tempo não superior àquele necessário para cumprir as finalidades cabíveis e legalmente exigíveis, o que inclui não só o período de duração do contrato de trabalho do(a) empregado(a) supra identificado(a), bem como após a sua extinção, podendo ser pelos prazos prescricionais das pretensões associadas ou decorrentes da relação de emprego ou até mesmo por prazo indeterminado em relação a documentos essenciais para a defesa do **CRCSP**, em face de pretensões imprescritíveis (ex: existência de absolutamente incapazes), ou, em caso de processo judicial/administrativo/arbitral, durante todo o período em que tramitar o processo judicial e até dois anos após o trânsito em julgado da decisão

proferida no processo (prazo decadencial para o ajuizamento de ação rescisória) ou pelo tempo previsto em lei para a guarda de informações/documentos, a depender de cada caso;

(vi) o **CRCSP** utiliza rigorosos procedimentos de segurança para impedir qualquer acesso não autorizado.

(vii) os meus dados pessoais serão sempre tratados de acordo com a legislação aplicável e, em particular, com a Lei Federal nº 13.709/18 (“Lei Geral de Proteção de Dados”).

COMPROMETO-ME a comunicar o **CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO** a mudança de domicílio, estado civil ou modificação de nome, dentre outros, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas da ocorrência, através do correio eletrônico: ouvidoria@crcsp.org.br.

A presente Autorização continuará produzindo efeitos até que seja revogada por escrito.

(Local e data), dede

Nome do titular dos dados