

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

(Obs: Este termo se aplica ao(a) empregado(a) com dependentes com idade entre 16 e 18 anos incompletos

Dados pessoais do(a) Empregado(a) que assiste o menor com idade entre 16 e 18 anos incompletos

Nome completo:
Relação com o dependente menor de idade:
Endereço residencial:
Telefone:

Dados pessoais do dependente/beneficiário menor com idade entre 16 e 18 anos incompletos

Nome completo:
Endereço residencial:
Dados necessários: ex: imagem da certidão de nascimento

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), devidamente assistido(a), neste ato, pelo(a) empregado(a) supra identificado(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, assistido pelo(a) empregado(a) retro identificado, 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.

Assinatura do menor de idade

Assinatura do(a) empregado(a) responsável

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

DECLARO estar ciente, nos termos do artigo 18 da Lei 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, desde que devidamente assistido pelo(a) empregado(a) retro identificado(a):

- (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, desde que devidamente assistido pelo(a) empregado(a):

- (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 e;
(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, por escrito, o **CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO**, com a assistência do(a) empregado(a) retro identificado(a), 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, data.

Nome do menor de idade

Nome do(a) empregado(a)