

# INSTITUTO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL DE CAPIVARI - CAPIVARIPREV



Rua TIRADENTES, 650 - CENTRO - CEP: 13360097 - CAPIVARI - SP

CPNJ: 67.165.936/0001-43 | Fones: (19) 34923012 / (19) 34923578

E-mail: protocolo@capivariprev.sp.gov.br | Site: www.capivariprev.sp.gov.br

## AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE CONTATO E BIOMÉTRICOS

Eu, DIVANI JERS, portador(a) do CPF 181.993.618-08, declaro estar ciente e concordo com a utilização dos meus dados de contato e biométricos pelo CAPIVARIPREV, para a prestação de serviços digitais relacionados ao(s) meu(s) benefício(s).

Compreendo que o CAPIVARIPREV poderá utilizar os meus dados de contato, listados abaixo para enviar informações importantes sobre meu(s) benefício(s), atualizações, alterações nas políticas ou procedimentos, e outros comunicados relevantes para a manutenção e gestão adequada do meu cadastro.

- **Telefone:** (\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- **Celular:** (\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- **WhatsApp:** (\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- **E-mail pessoal:** \_\_\_\_\_

Além disso, autorizo o CAPIVARIPREV a coletar, armazenar e utilizar minha biometria facial exclusivamente para fins de segurança e autenticação nas transações digitais realizadas nos sistemas do CAPIVARIPREV. Entendo que tais informações biométricas são sensíveis e serão tratadas com a máxima confidencialidade e em conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis.

Esta autorização é válida durante o período em que meu(s) benefício(s) estiver ativo e será revogada apenas mediante solicitação formal por escrito.

Tenho ciência de que posso atualizar ou modificar minhas preferências de contato e solicitar a exclusão dos meus dados biométricos a qualquer momento, através dos canais de atendimento disponibilizados pela instituição.

Declaro ainda que li e compreendi os termos desta autorização e concordo voluntariamente com a utilização dos meus dados de contato e biométricos nos termos estabelecidos.

- ( ) Autorizo o uso da minha imagem para publicação da concessão de minha aposentadoria.
- ( ) Não autorizo o uso da minha imagem para publicação da concessão de minha aposentadoria.
- ( ) Autorizo a publicação de datas comemorativas (aniversário).
- ( ) Não autorizo a publicação de datas comemorativas (aniversário).

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

CapivariPrev: \_\_\_\_\_