

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

☐ **Autorizo** o Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Curitiba (IPMC) expedir de Mensagens de texto via: SMS, e-mail, aplicativos multiplataformas, aplicativos de mensagens instantâneas, e/ou aplicações/sistemas de comunicação com o objetivo de enviar informações referentes ao meu benefício previdenciário, solicitar atualização e/ou complementação de dados cadastrais, mobilizar para comparecimento, comunicar sobre os pagamentos dos proventos, informar sobre processos de concessão e revisão de benefícios e sobre ações, programas, e serviços disponibilizados pelo IPMC.

Declaro:

1. Ter conhecimento que o IPMC poderá enviar mensagens, via os canais de comunicação supracitados;
2. Estar ciente de que poderei solicitar informações presenciais a qualquer tempo quanto a meu benefício previdenciário;
3. Que conferi e sou responsável pela veracidade dos dados informados ao IPMC, em especial os referentes ao endereço eletrônico (e-mail) e número de telefone por mim apresentados neste ato;
4. Responsabilizar-me por manter o meu endereço eletrônico (e-mail) e contato telefônico sempre atualizados;
5. Estar ciente de que devo informar imediatamente ao IPMC qualquer alteração de meus dados cadastrais, especialmente o endereço eletrônico (e-mail) e telefone, utilizado para o recebimento de informações.
6. Estar ciente de que, em caso de cancelamento de benefício, o envio de mensagens poderá ser suspenso.
7. Estar ciente que poderei modificar minha opção pelo recebimento ou não de mensagens pelos meios de comunicação definidos pelo IPMC, a qualquer tempo.

☐ **Não autorizo** o Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Curitiba (IPMC) enviar Mensagens de texto via: SMS, e-mail, aplicativos multiplataformas, aplicativos de mensagens instantâneas, e/ou aplicações/sistemas de comunicação.

Curitiba, ____ de ____ 20____.

Nome Completo do Beneficiário/: _____

Matrícula: _____

Documento de Identificação: _____ Órgão Expedidor/UF: _____

Telefone do beneficiário/Representante Legal: _____

Assinatura do beneficiário ou seu representante legal