

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA
DOAÇÃO DO USUÁRIO/TITULAR DA CONTA DE ÁGUA
À SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIO CLARO**

Autorizo o **DAAE – Departamento Autônomo de Água e Esgoto de Rio Claro** a cobrar mensalmente a título de DOAÇÃO para **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIO CLARO**, de acordo com a **Lei Municipal Nº 5536 de 29 de setembro de 2021**, na conta de água abaixo:

Matrícula-CVC _____

(Número localizado na conta de água)

Nome Usuário/Titular da Conta: _____

Endereço: _____

Valor a ser incluído em DOAÇÃO MENSAL:

(marque apenas uma opção)

- () R\$ 5,00 (cinco reais)
() R\$ 10,00 (dez reais)
() R\$ 25,00 (vinte e cinco reais)
() R\$ 50,00 (cinquenta reais)
() Outro R\$ _____

Art. 2º As contribuições voluntárias instituídas por esta Lei terão seu valor livremente definido pelo usuário dos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário, e serão lançadas e arrecadadas pelo DAAE de Rio Claro, mensalmente, e repassadas à Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, até o dia 20 do mês subsequente.

§1º O valor definido pelo usuário será lançado em sua fatura do DAAE de Rio Claro, mensalmente, com a descrição: Contribuição voluntária a Santa Casa de Rio Claro.

Art. 4º - §5º O Usuário que desejar interromper a contribuição, deverá requerer formalmente a suspensão, em formulário específico disponibilizado pela Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Rio Claro, _____ de _____ de 20____.

CPF: _____ **RG:** _____

(Anexar cópia)

Telefone: _____ **E.mail:** _____

DECLARO SER O EFETIVO USUÁRIO/TITULAR DO IMÓVEL

Em cumprimento aos ditames da **Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)** e demais legislações protetivas, autorizo o compartilhamento de meus dados, aqui fornecidos, a serem compartilhados com **DAAE – Departamento Autônomo de Água e Esgoto de Rio Claro**, para fins de viabilizar doação à Santa Casa de Rio Claro. Caso você deseje revogar o seu consentimento, favor entrar em contato pelo (19) 3535-7378.

ASSINATURA DO DOADOR: _____