

<b>Plano:</b> <b>Plano de Benefícios III</b>	<b>CNPB:</b> 2011.0016-92	Matrícula no Plano:	Data de Adesão:
---	------------------------------	---------------------	-----------------

Empresa Patrocinadora:  
 BRF S.A.                                   BRF Previdência                                   Cooperativa Econ. Crédito Mútuo BRF

ID:	Nome:	CPF:
-----	-------	------

Endereço:	Nº:	Bairro:
-----------	-----	---------

Cidade:	UF:	Telefone Fixo:	Celular:
---------	-----	----------------	----------

E-mail:	E-mail pessoal:
---------	-----------------

Declaro ter recebido nesta data as informações sobre o Plano de Benefícios III, patrocinado pela empresa acima assinalada, e formalizo minha opção pelo referido Plano. Declaro ainda ter recebido material contendo a Cartilha, o Regulamento e o Estatuto da BRF Previdência, assim como o Certificado do Participante.

**OPÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO DO PARTICIPANTE**

Autorizo a Empresa Patrocinadora a efetuar os descontos em folha de pagamento relativos às contribuições para o Plano de Benefícios III, de acordo com as opções abaixo:

<p align="center"><b>CONTRIBUIÇÃO BÁSICA</b> (empresa contribui com o mesmo valor para você)</p> <p>A contribuição básica é <b>obrigatória</b> e efetuada mensalmente.</p> <p><b>1,5%</b> (sobre a parcela do salário até R\$ 4.500,64)</p> <p><b>4,0%</b> (sobre a parcela do salário entre R\$ 4.500,65 e R\$ 7.426,06)</p> <p><b>5,0%</b> (sobre a parcela do salário que exceder a R\$ 7.426,06)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>6%</b>   <input type="checkbox"/> <b>7%</b> (caso deseje optar por um percentual acima dos 5%, somente para a parcela do salário que exceder a R\$ 7.426,06)</p>	<p align="center"><b>CONTRIBUIÇÃO SUPLEMENTAR</b> (não há contrapartida da empresa)</p> <p>A contribuição suplementar é <b>facultativa</b>, para o participante que deseja depositar mais que a alíquota máxima da contribuição básica.</p> <p><input type="checkbox"/> R\$ _____</p> <p><b>OU</b></p> <p><input type="checkbox"/> _____ % (não inferior a 1%) sobre o Salário de Participação</p> <p>Periodicidade:  <input type="checkbox"/> Única   <input type="checkbox"/> Mensal   <input type="checkbox"/> Bimestral   <input type="checkbox"/> Trimestral   <input type="checkbox"/> Semestral</p>
--	--

**ASSINALE A SUA OPÇÃO PELA TABELA DO IMPOSTO DE RENDA** (a ser aplicada sobre os valores resgatados ou benefícios recebidos)

<p align="center"><input type="checkbox"/> <b>TABELA PROGRESSIVA</b></p> <p>Estou ciente de que, optando pelo regime da tabela progressiva, os eventuais recursos recebidos a título de resgate estarão sujeitos à incidência de imposto de renda na fonte à alíquota de 15%, independentemente do valor do resgate, como antecipação do devido na declaração de ajuste anual. Os benefícios serão tributados, na fonte, de acordo com a tabela progressiva do imposto de renda, e levados a ajuste na declaração anual.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Rendimento (R\$)</th> <th>Alíquota</th> <th>Dedução</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Até 1.903,98</td> <td align="center">-</td> <td align="center">-</td> </tr> <tr> <td>De 1.903,99 até 2.826,65</td> <td align="center">7,5</td> <td align="center">142,8</td> </tr> <tr> <td>De 2.826,66 até 3.751,05</td> <td align="center">15</td> <td align="center">354,8</td> </tr> <tr> <td>De 3.751,06 até 4.664,68</td> <td align="center">22,5</td> <td align="center">636,13</td> </tr> <tr> <td>Acima de 4.664,68</td> <td align="center">27,5</td> <td align="center">869,36</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>Valores e alíquotas vigentes em Jan/2019</small></p>	Rendimento (R\$)	Alíquota	Dedução	Até 1.903,98	-	-	De 1.903,99 até 2.826,65	7,5	142,8	De 2.826,66 até 3.751,05	15	354,8	De 3.751,06 até 4.664,68	22,5	636,13	Acima de 4.664,68	27,5	869,36	<p align="center"><input type="checkbox"/> <b>TABELA REGRESSIVA</b></p> <p>Estou ciente de que esta opção é irrevogável, mesmo na hipótese de eventual transferência ou portabilidade, e dela resultará que os valores recebidos a título de resgate ou benefício estarão sujeitos à incidência, na fonte, do imposto de renda calculado de acordo com as alíquotas aplicáveis nesse regime, em caráter definitivo e, portanto, não sujeitos a ajustes na declaração anual.</p> <p>As alíquotas aplicáveis para determinação do imposto de renda devido serão estabelecidas com base no prazo de acumulação dos recursos, que será o tempo decorrido entre o aporte dos recursos no plano e o pagamento do resgate ou benefício.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>PRAZO DE ACUMULAÇÃO</th> <th>ALÍQUOTA DE IR NA FONTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Até 2 anos</td> <td align="center">35%</td> </tr> <tr> <td>De 2 a 4 anos</td> <td align="center">30%</td> </tr> <tr> <td>De 4 a 6 anos</td> <td align="center">25%</td> </tr> <tr> <td>De 6 a 8 anos</td> <td align="center">20%</td> </tr> <tr> <td>De 8 a 10 anos</td> <td align="center">15%</td> </tr> <tr> <td>Mais de 10 anos</td> <td align="center">10%</td> </tr> </tbody> </table>	PRAZO DE ACUMULAÇÃO	ALÍQUOTA DE IR NA FONTE	Até 2 anos	35%	De 2 a 4 anos	30%	De 4 a 6 anos	25%	De 6 a 8 anos	20%	De 8 a 10 anos	15%	Mais de 10 anos	10%
Rendimento (R\$)	Alíquota	Dedução																															
Até 1.903,98	-	-																															
De 1.903,99 até 2.826,65	7,5	142,8																															
De 2.826,66 até 3.751,05	15	354,8																															
De 3.751,06 até 4.664,68	22,5	636,13																															
Acima de 4.664,68	27,5	869,36																															
PRAZO DE ACUMULAÇÃO	ALÍQUOTA DE IR NA FONTE																																
Até 2 anos	35%																																
De 2 a 4 anos	30%																																
De 4 a 6 anos	25%																																
De 6 a 8 anos	20%																																
De 8 a 10 anos	15%																																
Mais de 10 anos	10%																																

**BENEFICIÁRIOS - Para o fim de recebimento de Pensão por Morte**

(cônjuge, filhos e/ou enteados solteiros até 21 anos de idade ou 24 anos, se universitário)

Nome:	CPF:	Parentesco:
Nome:	CPF:	Parentesco:
Nome:	CPF:	Parentesco:
Nome:	CPF:	Parentesco:

**BENEFICIÁRIOS INDICADOS - Para o fim de recebimento de Pensão por Morte - caso não haja Beneficiário acima.**

(qualquer pessoa física - por exemplo: pai, mãe, filhos casados ou maiores de 21 anos, enteados, tio, etc..)

Nome:	CPF:
Nome:	CPF:
Nome:	CPF:

**ENQUADRAMENTO COMO PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA**

É considerada pessoa politicamente exposta o agente público (deputado, senador, procurador da república, ministro de estado, membro do STF), seus familiares (parentes, na linha direta, até primeiro grau, cônjuge, companheiro/a, enteado/a), representantes e estreitos colaboradores que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 5 anos, no Brasil ou exterior, cargo, emprego ou função pública relevante (confira mais detalhes no site [www.brfprevidencia.com.br](http://www.brfprevidencia.com.br))

VOCÊ SE ENQUADRA NA CONDIÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA ?         SIM     NÃO

Declaro, para os fins de que trata a Instrução nº 18, de 24/12/2014 da PREVIC, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade, pelas quais me responsabilizo quanto a veracidade e exatidão.

**OPÇÃO PELA NÃO ADESÃO**

**NÃO DESEJO ADERIR AO PLANO III NESTE MOMENTO**

Estou ciente de que posso aderir ao Plano de Benefícios III, a qualquer tempo.

**DATA E ASSINATURA**

Assinatura do Participante	Local e Data
Protocolo de Recebimento - BRF Previdência: _____/_____/_____ Data	_____ Assinatura e carimbo