

**Plano de Benefícios II****2019****DADOS DO PARTICIPANTE****Atenção**

- Por favor, preencher todos os campos do formulário com letras legíveis;
- Preencher todos os campos obrigatoriamente;
- **Redução de contribuições se aplica, apenas, a AUTOPATROCINADOS.**

Nome completo:

CPF:

ID:

Telefone Residencial:

Cel:

E-mail pessoal (não é da empresa):

**SUSPENSÃO, ALTERAÇÃO, RETOMADA E REDUÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO BÁSICA**

( ) Autorizo **SUSPENDER** temporariamente minha contribuição básica ao Plano II, exceto as contribuições destinadas à cobertura das despesas administrativas, no caso dos autopatrocinados.

( ) Autorizo **RETOMAR** o desconto mensal da contribuição básica de acordo com o Regulamento do Plano II, sobre a parcela do salário de participação que exceder a 10 (dez) Unidades de Referência BRF - URB: R\$ 5.552,30 de meu salário de participação, descontar: ( ) 3%, ( ) 4%, ( ) 5%, ( ) 6%, ( ) 7%.

**\*RETOMAR, se aplica a participantes que suspenderam suas contribuições básicas e querem voltar a contribuir.**

( ) Autorizo **ALTERAR** o desconto mensal de contribuição básica de acordo o regulamento do plano II:

% ( ) \_\_\_\_\_

( ) Autorizo **REDUZIR** a minha contribuição básica em 50% conforme regulamento do plano (AUTOPATROCINADO)

**REDUÇÃO de Contribuição básica só se aplica a AUTOPATROCINADOS**

## SUSPENSÃO / RETOMADA DE CONTRIBUIÇÃO SUPLEMENTAR

( ) Autorizo **SUSPENDER** a minha **CONTRIBUIÇÃO SUPLEMENTAR** ao Plano II

( ) Autorizo **DESCONTAR** de meu salário de participação ou incluir do meu boleto de pagamento (em caso de autopatrocinado), a título de Contribuição Suplementar:

O valor de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ou

o percentual de \_\_\_\_\_ % ( \_\_\_\_\_ )

De acordo com a periodicidade abaixo INDICADA:

**Periodicidade:** ( ) única ( ) mensal ( ) bimestral ( ) trimestral ( ) semestral

Atenção

**Formulários com dados incompletos, letras ilegíveis, sem telefones e e-mails serão devolvidos**

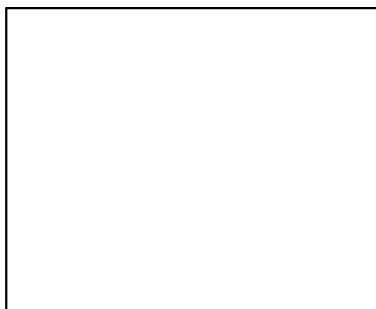


Assinatura do Participante

Cidade e Data

**OBS: utilizar necessariamente caneta azul ou preta para o preenchimento e assinatura do formulário**

carimbo BRF Previdência



Nosso endereço