

Plano de Benefícios II**2026****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):

E-mail corporativo:

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\$ 7.770,20** 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 autopatrocínado), 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

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

