

TERMO DE OPÇÃO NO TÉRMINO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

PLANO DE BENEFÍCIOS II	2026	CNPB: 2009.0005-11
DADOS DO PARTICIPANTE		
<div style="display: flex; align-items: center;"> Atenção <p>- Por favor, preencher todos os campos do formulário com letras legíveis; - Preencher todos os campos obrigatoriamente.</p> </div>		
Nome completo:		
Celular c/ DDD:	Fone fixo c/ DDD:	ID:
E-mail:		CPF:
Endereço:		Cidade:
Bairro:	CEP:	Estado:
ASSINALE A OPÇÃO DESEJADA		
<p>Na qualidade de participante do plano acima identificado, venho pela presente declarar a minha opção de acordo com o disposto nos artigos 12 a 15 da IN SPC nº 05, de 9/12/2003 pelo instituto abaixo assinalado:</p>		
<p><input type="checkbox"/> () BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO O Participante que se desligar da Patrocinadora e que na data do Término do Vínculo Empregatício não tenha direito a receber Benefício de Aposentadoria Normal ou Aposentadoria por Invalidez e que não requerer a Aposentadoria Antecipada nem optar pelo instituto da portabilidade, do autopatrocínio e do resgate de contribuições poderá, desde que tenha, no mínimo, 3 (três) anos de Tempo de Vinculação ao Plano II, optar pelo instituto do benefício proporcional diferido para receber no futuro o Benefício Proporcional de que trata a Seção VI do Capítulo VIII deste Regulamento.</p>		
<p>Estou ciente que o valor referente às contribuições para o custeio das despesas administrativas serão descontadas mensalmente do meu saldo de conta, em caso de esgotamento do saldo, a participação fica automaticamente cancelada.</p>		
<p><input type="checkbox"/> () AUTOPATROCÍNIO Continuar depositando sua parte e a da empresa até se aposentar, a partir dos 55 anos de idade. A qualquer momento pode requerer a portabilidade, o benefício proporcional diferido ou o resgate de contribuições. Disponível somente para o participante não elegível ao benefício de aposentadoria.</p>		
<p>Autorizo utilizar o percentual de <input type="checkbox"/> 3%, <input type="checkbox"/> 4%, <input type="checkbox"/> 5%, <input type="checkbox"/> 6%, <input type="checkbox"/> 7% em percentuais inteiros, sobre a parcela do meu salário de Participação que exceder a 10 (dez) Unidades de Referência BRF – URB: R\$ 7.770,20 se houver, a título de Contribuição Básica Normal.</p>		
<p>Estou ciente de que o valor referente ao custeio das despesas administrativas serão incluídas no boleto de pagamento, conforme estabelecido no Regulamento do Plano II e no Plano de Custeio Anual.</p>		
<p><input type="checkbox"/> Autorizo SUSPENDER temporariamente a minha contribuição básica ao plano II, exceto as contribuições destinadas à cobertura das despesas administrativas.</p>		
<p><input type="checkbox"/> Autorizo REDUZIR a minha contribuição básica em 50% conforme regulamento do plano II.</p>		

() PORTABILIDADE

Transferir o seu saldo de conta aplicável para outro fundo de pensão, banco ou seguradora, ficando assim vinculado às condições e regas desse novo plano. O valor a transferir corresponde a 100% do saldo de participante, e 100% do saldo da patrocinadora. Disponível para o participante com mais de 3 anos de vinculação ao plano.

Os dados abaixo são do plano de previdência que vai receber o dinheiro, inclusive a conta e agência (não são do participante).

Opto por transferir para o PLANO RECEPTOR _____, registrado

sob o número SUSEP ou CNPB _____, administrado pela entidade de

previdência complementar ou sociedade seguradora _____

CNPJ/MF _____ cujo número da conta é _____,

na agência nº _____, do banco _____. As

informações são necessárias para que a BRF Previdência possa providenciar o termo de portabilidade.

() RESGATE

Sacar 100% do saldo do participante e um percentual do saldo da patrocinadora, de acordo com o tempo de serviço creditado da data do término do vínculo empregatício. É necessário indicar o nome do BANCO (Caixa, Itaú ou outros), AGÊNCIA e CONTA CORRENTE ou POUPIANÇA em nome do participante. Opto por receber o valor apurado na data do cálculo na conta abaixo especificada e pela forma por mim escolhida.

() À vista (parcela única)

() Diferimento: Pagamento à vista após () 30 () 60 ou () 90 dias após solicitação

() Parcelado em _____ (até 12 vezes) parcelas mensais e consecutivas

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

() TABELA PROGRESSIVA

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.

Rendimento (R\$)	Alíquota	Dedução
Até 2259,20	-	-
De 2259,20 até 2.826,65	7,5	169,44
De 2.826,66 até 3.751,05	15	381,44
De 3.751,06 até 4.664,68	22,5	662,77
Acima de 4.664,68	27,5	896,00
Valores e alíquotas vigentes jan2025		

() TABELA REGRESSIVA

Estou ciente de que esta opção é irretratável, 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.

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.

Prazo de acumulação	Alíquota
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%

ATENÇÃO: Em caso da não manifestação de escolha do regime tributário pelo participante na opção de resgate será considerado o regime tributário escolhido durante a adesão ao plano.

NOME DO BANCO (bradesco, itaú, caixa ou outro)	CPF	
AGÊNCIA	CONTA	DÍGITO
Por favor, informe o tipo de conta. Obrigatório o envio da cópia do comprovante da conta	CORRENTE () POUPIANÇA ()	

Declaro estar ciente de que tenho o prazo improrrogável de 5 (cinco) dias, contados do depósito ou da transferência , relativos respectivamente às opções pelo instituto do resgate ou da portabilidade, para impugnar o valor depositado ou transferido, através de carta postada com aviso de recebimento, endereçada a BRF Previdência. Findo o prazo referido sem impugnação de minha parte, dou plena, irrevogável e irretratável quitação do valor, para mais nada reclamar em relação à minha vinculação ao referido plano.

DATA E ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Participante

Local e data

Utilizar necessariamente caneta azul ou preta para o preenchimento e assinatura do formulário

Carimbo BRF Previdência



Av. Paulista, 2439, 10º andar, conj. 101 - Bela Vista - CEP: 01311-936 - São Paulo - SP atendimento@brfprevidencia.com.br / 0800 702 44 22