

Plano de Benefícios III

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:

fone fixo (residencial):

Celular:

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 III, exceto as contribuições destinadas à cobertura das despesas administrativas, no caso dos autopatrocinados.

ASSINALE ABAIXO DE ACORDO COM A SUA REGRA

Regra Nova

Autorizo **RETOMAR** o desconto mensal da contribuição básica de acordo com o Regulamento do Plano III, sobre a parcela do salário de participação que exceder a 1,65 URBIII - (R\$ 10.778,51) de meu salário de participação, descontar o percentual: () 5%, () 6% ou () 7%.

Regra Antiga

Autorizo **RETOMAR** o desconto mensal da contribuição básica de acordo com o Regulamento do Plano III. 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% ou () 7%.

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

Autorizo **ALTERAR** o desconto mensal da contribuição básica de acordo o Regulamento do Plano III para:

() % _____

Autorizo **REDUZIR** a minha contribuição básica em 50% conforme Regulamento do Plano (AUTOPATROCINADO)

REDUÇÃO de Contribuição Básica só se aplica aos AUTOPATROCINADOS

SUSPENSÃO / RETOMADA DE CONTRIBUIÇÃO SUPLEMENTAR

- () Autorizo SUSPENDER minha contribuição suplementar ao Plano III.
() Autorizo descontar de meu salário de participação (incluindo contribuição de décimo terceiro) ou incluir no meu boleto (em caso de autopatrocínado),

O valor de _____ ou

O percentual de _____ % (_____)

De acordo com a periodicidade abaixo assinalada:

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

Atenção

Formulários com dados incompletos, letras ilegíveis, sem telefones e e-mail 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



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