

PLANO DE BENEFÍCIOS III
2026
CNPB: 2011.0016-92
DADOS DO PARTICIPANTE
Atenção

Por favor, preencher todos os campos do formulário com letras legíveis;
Preencher todos os campos obrigatoriamente.

Nome completo:

Celular c/ DDD:

Fone fixo c/ DDD:

ID:

E-mail:

CPF:

Endereço:

Cidade:

Bairro:

CEP:

Estado:

ASSINALE A OPÇÃO DESEJADA

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:

() 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 III, 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.

() AUTOPATROCÍNIO

Continuar depositando sua parte e 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.

Regra Nova

Autorizo utilizar o percentual de () 5%, () 6% ou () 7% sobre a parcela do Salário de Participação que exceder a 1,65 (uma inteira e sessenta e cinco centésimos) Unidade de Referência do Plano III- URBIII (R\$10.778,51).

Regra Antiga

Autorizo utilizar o percentual de () 3%, () 4%, () 5%, () 6%, () 7% em percentuais inteiros, sobre a parcela do Salário de Participação que exceder a 10 (dez) Unidades de Referência Brasil Foods – URFB: R\$ 7.770,20

Estou ciente de que o valor referente ao custeio das despesas administrativas serão incluídas no boleto de pagamento, conforme estabelecido no regulamento do plano III e no plano de custeio anual.

Opcional

Quero contribuir a título de Contribuição Suplementar com valor de R\$ _____ ou percentual de _____%.

() Autorizo **SUSPENDER** temporariamente a minha contribuição básica ao plano III, exceto as contribuições destinadas à cobertura das despesas administrativas.

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

() **PORTABILIDADE**

Transferir o seu saldo de conta aplicável para outro fundo de pensão, banco ou seguradora, ficando assim vinculado às condições e regras 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 POUPANÇA 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

() 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.

() **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.

As tabelas, progressiva e regressiva, podem ser consultadas no portal GOV.BR

<https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/assuntos/meu-imposto-de-renda/tabelas/2026>

ATENÇÃO: Em caso de 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 entre outros)

CPF:

AGÊNCIA:

CONTA

DÍGITO

Por favor, informe o tipo de conta
Obrigatório o envio da cópia do comprovante da conta

CORRENTE () POUPANÇA ()

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.

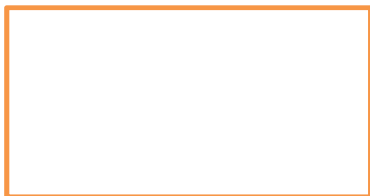
DATA E ASSINATURA DO PARTICIPANTE

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