TERMO DE OPÇÃO NO TÉRMINO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

PLANO DE BENEFÍCIOS III	2024	CNPB: 2011.0016-92

DADOS DO PARTICIPANTE

Atenção

- Por favor, preencher todos os campos do formulário com letras legiveis;
- 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.

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.

( ) AUTOPATROCINIO

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 beneficio 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$ $ 9.861,26)**.

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 – URBF: **R$ 7098,69**)
Estou ciente de que o valor referente ao custeio das despesas administrativas serão incluidas no boleto de pagamento, conforme estabelecido no regulamento do plano III e no plano de custeio anual.

( ) 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 complemetar 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 vinculo 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 parcelado ( ) em _____ (até 60 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 2.112,00	-	-
De 2.112,01 até 2.826,65	7,5	158,4
De 2.826,66 até 3.751,05	15	370,4
De 3.751,06 até 4.664,68	22,5	651,73
Acima de 4.664,68	27,5	884,96

Valores e alíquotas vigentes em mai/2023

( ) **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 DE IR NA FONTE
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%

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 ( ) POUPANÇA ( )	

Declaro estar ciente de que tenho o prazo improrrogável de 5 (cinco) dias, contados do depósito ou da tranferência , relativos respectivamente às opções pelo instituto do resgate ou da portabilidade, para impugnar o valor depositado ou tranferido, 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 reclamamar 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 brfprevidencia@brf.com / 0800 702 44 22