

Plano Família BRF Previdência

CNPB:

**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:

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 pelo instituto abaixo assinalado de acordo com o regulamento do plano.

**BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO**

A opção pelo instituto do Benefício Proporcional Diferido, ou a presunção dessa opção implica a suspensão do pagamento das contribuições básicas ao plano. O Participante vinculado compartilhará o custeio das despesas administrativas por meio de taxa de carregamento e/ou de taxa de administração prevista em plano de custeio aprovado pelo órgão estatutário competente da Entidade.

**AUTOPATROCÍNIO**

O Participante que cessar o vínculo associativo com o Instituidor poderá, mediante opção pelo instituto do Autopatrocínio, manter o valor de suas contribuições básicas e voluntárias, bem como, a seu critério, a contribuição de risco e, ainda, a contribuição eventual paga por terceiros, caso exista. É facultado ao Participante autopatrocinado alterar o valor de sua contribuição básica, mediante requerimento, a qualquer tempo.

Autorizo a cobrança da contribuição básica. R\$ \_\_\_\_\_

Autorizo a cobrança da contribuição voluntária. R\$ \_\_\_\_\_

Autorizo a cobrança da contribuição eventual. R\$ \_\_\_\_\_

**PORTABILIDADE**

O Participante que não esteja em gozo de benefício assegurado pelo plano e não tenha optado pelo Resgate poderá optar pelo instituto da Portabilidade, podendo transferir os recursos financeiros correspondentes ao seu saldo da conta de participante para outro plano de benefícios de caráter previdenciário, operado por entidade de previdência complementar ou sociedade seguradora devidamente autorizada.

**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 CONTRIBUIÇÃO BÁSICA**

Para o recebimento do valor decorrente da opção pelo instituto do Resgate, o Participante deverá ter cumprido o prazo de carência de 36 (trinta e seis) meses, contados a partir da data de inscrição no Plano. O instrumento contratual específico firmado entre a entidade e o empregador que, na condição de terceiro, decida contribuir em favor de seus empregados, para fins de formalização das contribuições eventuais, **poderá prever condições adicionais para o Resgate** das contribuições realizadas por este último ao plano, observadas as condições previstas no Regulamento.

**RESGATE PARCIAL DA CONTRIBUIÇÃO BÁSICA (20%)**

**RESGATE CONTRIBUIÇÃO VOLUNTÁRIA E OU DE VALORES ORIUNDOS DE PORTABILIDADE**

Para o recebimento, em forma única, dos recursos mencionados acima.

Opto por receber o valor apurado na conta especificada abaixo e pela forma por mim escolhida.

à vista ou 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\$)	Dedução	Dedução
Até 2.112,00	-	-
De 1.903,99 até 2.826,65	158,4	158,4
De 2.826,66 até 3.751,05	370,4	370,4
De 3.751,06 até 4.664,68	651,73	651,73
Acima de 4.664,68	884,96	884,96
Valores e alíquotas vigentes mar 2024		

**TABELA REGRESSIVA**

Estou ciente de que esta opção é irrevogável, 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	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 BANDO (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 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 irretroatável quitação do valor, para mais nada reclamar em relação à minha vinculação ao referido plano.

DATA E ASSINATURA DO PARTICIPANTE

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Local e data

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