

**PLANO DE BENEFÍCIOS II**

2024

CNPB: 2009.0005-11

**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 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.

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.

**( ) 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.

Autorizo utilizar o percentual de ( ) 3%, ( ) 4%, ( ) 5%, ( ) 6%, ( ) 7% em percentuais inteiros, sobre a parcela do meu salário de Participação que exceder a 10 (dez) Unidades de Referência BRF – URB: **R\$ 7.377,70** se houver, a título de Contribuição Básica Normal.

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.

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

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

( ) **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. Será descontado o IR devido e o saldo devedor de empréstimo, caso o participante tenha contrato de empréstimo ativo com a BRF Previdência.

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 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 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 anos	10%

**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 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

**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