



SUSPENSÃO, ALTERAÇÃO, RETOMADA E REDUÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES

Plano de Benefícios III

2025

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\$ 10.337,68) 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\$7377,70) de meu salário de participação, descontar: () 3%, () 4%, () 5%, () 6% ou () 7%.

***RETOMAR, se aplica a participantes que suspenderam suas contribuições básica 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 autopatrocinado),

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



Nosso endereço