



## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS - PLANO III

### BENEFÍCIO REQUERIDO

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA NORMAL        | <input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE APÓS A APOSENTADORIA   |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA ANTECIPADA    | <input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE ANTES DA APOSENTADORIA |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA POR INVALIDEZ | <input type="checkbox"/> BENEFÍCIO PROPORCIONAL                  |

### OPÇÕES DE PAGAMENTO

O Benefício de Pensão por Morte não será concedido aos Beneficiários do Participante que por ocasião do falecimento estava

O Participante que tiver direito a receber um Benefício de Aposentadoria ou Benefício Proporcional e o Beneficiário de Participante que não estava em gozo de Benefício quando do seu falecimento poderão optar, na data do requerimento do Benefício, por receber até 25% (vinte e cinco por cento) do Saldo de Conta Aplicável em uma única parcela. O saldo remanescente será transformado em renda mensal, de acordo com uma das opções descritas abaixo:

Deseja efetuar resgate parcial do saldo ?

SIM ( ) INFORMAR PERCENTUAL (limitado até 25% do saldo): \_\_\_\_\_% NÃO ( )

Para o saldo remanescente opto pelo seguinte tipo de renda:

( ) Renda mensal por Prazo Determinado de \_\_\_\_\_ anos (5 a 25 anos)

( ) Renda mensal Fixa em Reais equivalente a \_\_\_\_\_% do saldo de conta aplicável (de 0,3% a 1,2%)

**O benefício mensal previsto no Plano III de valor inferior a 5% (cinco por cento) da Unidade de Referência URB III na data de Início do Benefício será transformado em pagamento único correspondente ao valor do Saldo de Conta Aplicável.**

**Opção for por Renda Mensal Definida em Reais:** Anualmente, nos meses de novembro e dezembro, o participante poderá solicitar por escrito a alteração do valor a ser pago a partir de janeiro do exercício seguinte, observando os limites de no mínimo 0,3% e no máximo 1,2% do saldo de conta aplicável.

### DADOS DO PARTICIPANTE ou PENSIONISTA

Nome completo:

CPF:

ID:

E-mail:

Telefone com DDD:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CEP:

Estado:

### 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 da não manifestação de escolha do regime tributário pelo participante, será considerado o regime tributário escolhido durante a adesão ao plano.

DADOS BANCÁRIOS				
Nome do Banco (bradesco, itaú, caixa ou outros)		Agência:	Conta:	
<b>Por favor, informe o tipo de conta,</b> obrigatório o envio da cópia do comprovante (cartão do banco, cheque ou cabeçalho do extrato)		CORRENTE (    )	POUPANÇA (    )	
Os benefícios do Plano III não exigem concessões de benefícios pela Previdência Social, exceto benefícios de aposentadoria por invalidez e pensão por morte.				
Pensão que requer representante de TUTOR ou CURADOR				
Nome completo (do TUTOR ou CURADOR):				
CPF:		RG:		
Esta concessão requer comprovação da condição de TUTOR OU CURADOR				
DEPENDENTES / BENEFICIÁRIOS				
nome	Grau de Parentesco	Nascimento	I.R S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	BENEFICIÁRIO S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
nome	Grau de Parentesco	Nascimento	I.R S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	BENEFICIÁRIO S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
nome	Grau de Parentesco	Nascimento	I.R S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	BENEFICIÁRIO S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
nome	Grau de Parentesco	Nascimento	I.R S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	BENEFICIÁRIO S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
nome	Grau de Parentesco	Nascimento	I.R S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	BENEFICIÁRIO S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
nome	Grau de Parentesco	Nascimento	I.R S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	BENEFICIÁRIO S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
<div><div>Assinatura</div><div>cidade e data</div></div> <p>Utilizar necessariamente caneta azul ou preta para o preenchimento e assinatura do formulário</p> <p>carimbo BRF Previdência</p> <div></div>				
Av. Paulista, 2439, 10º andar, conj. 101 - Bela Vista - CEP: 01311-936 - São Paulo - SP brfprevidencia@brf-br.com / 0800 702 44 22				