

		Termo De Adesão Plano III		CNPB: 2011.0016-92
				CNPJ: 01.689.795/0001-50
Em qual empresa você trabalha ?		MBRF (<input type="checkbox"/>) BRFPREVIDENCIA (<input type="checkbox"/>) BRF PET (<input type="checkbox"/>) CREDBRF (<input type="checkbox"/>)		Unidade:
Nome completo:		ID:		
CPF:		Admissão:	Nascimento:	
Email pessoal:		Sexo:	RG:	
Email corporativo:		Telefone:	Data de expedição:	
Nome da Mãe:		Naturalidade:		
Nome do Pai:		Nacionalidade:		
Estado civil:	Nome do Cônjugue:			
Endereço residencial:				Nº
CEP:	Complemento:			
Bairro:	Cidade:			UF:
Opção de contribuição do participante:				
Autorizo a Empresa Patrocinadora a efetuar os descontos em folha de pagamento relativos às contribuições para o Plano de Benefícios III, de acordo com as opções abaixo:				
CONTRIBUIÇÃO BÁSICA (empresa contribui com o mesmo valor para você)		CONTRIBUIÇÃO SUPLEMENTAR (não há contrapartida da empresa)		
A contribuição básica é obrigatória e efetuada mensalmente.		A contribuição suplementar é facultativa, para o participante que deseja depositar mais que a alíquota máxima da contribuição básica.		
1,5% (sobre a parcela do salário até R\$ 6532,43) 4,0% (sobre a parcela do salário entre R\$ 6532,43 a R\$ 10.778,50) 5,0% (sobre a parcela do salário que exceder a R\$ 10.337,68) (<input type="checkbox"/>) 6% (<input type="checkbox"/>) 7% (caso deseje optar por um percentual acima dos 5%, somente para a parcela do salário que exceder a R\$ 10.778,50)		(<input type="checkbox"/>) R\$ _____,_____ (<input type="checkbox"/>) _____ % (não inferior a 1%) sobre o Salário de Participação Periodicidade: (<input type="checkbox"/>) Única (<input type="checkbox"/>) Mensal (<input type="checkbox"/>) Bimestral (<input type="checkbox"/>) Trimestral (<input type="checkbox"/>) Semestral		
Estou ciente que a escolha entre a tributação progressiva ou regressiva poderá ser realizada até ao momento da obtenção do benefício ou do primeiro resgate. Uma vez optada, não há possibilidade de troca do regime de tributação (Lei 14.803/2024).				
BENEFICIÁRIOS - Para o fim de recebimento de Pensão por Morte Parentesco. (cônjugue, filhos e/ou enteados solteiros até 21 anos de idade ou 24 anos, se universitário)				
Nome:	CPF	Nascimento:	Parentesco:	
Nome:	CPF	Nascimento:	Parentesco:	
Nome:	CPF	Nascimento:	Parentesco:	
BENEFICIÁRIOS INDICADOS - Para o fim de recebimento de Pensão por Morte - caso não haja Beneficiário acima. (qualquer pessoa física - por exemplo: pai, mãe, filhos casados ou maiores de 21 anos, enteados,etc..)				
Nome:	CPF	Nascimento:	Parentesco:	
Nome:	CPF	Nascimento:	Parentesco:	
Nome:	CPF	Nascimento:	Parentesco:	
ENQUADRAMENTO COMO PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA				
É considerada pessoa politicamente exposta o agente público (deputado, senador, procurador da república, ministro de estado, membro do STF), seus familiares (pais, na linha direta, até primeiro grau, cônjuge, companheiro/a, enteado/a), representantes e estreitos colaboradores que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 5 anos, no Brasil ou exterior, cargo, emprego ou função pública relevante.				
VOCÊ SE ENQUADRA NA CONDIÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA ? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO				
Declaro, para os devidos fins que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade, pelas quais me responsabilizo quanto a veracidade e exatidão.				
LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS				
Autorizo o compartilhamento das informações fornecidas, nos termos da Lei nº 13.709/14, inclusive para receber informações sobre produtos, serviços e oportunidades financeiras por meio dos canais oficiais da BRF Previdência.				
Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais fornecidos neste termo de adesão, utilizando tais informações exclusivamente para os fins lícitos e previstos no Regulamento do Plano ao qual estou aderindo. Declaro estar ciente de que o tratamento dos dados será realizado de forma adequada, segura e transparente, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), respeitando os princípios da referida lei.				
DISPOSIÇÕES GERAIS				
(<input type="checkbox"/>) Declaro ter recebido nesta data orientações sobre o Plano de Benefícios III, patrocinado pela empresa acima assinalada, e formalizo minha opção pelo referido Plano. Declaro, ainda, ter recebido informações sobre o Regulamento do Plano e Estatuto Social da BRF Previdência, assim como o Certificado do Participante, todos disponíveis no site da BRF Previdência (https://www.brfprevidencia.com.br). e Sobre Política de Uso de dados (LGPD lei 13709/2018)				
Assinatura do Participante		Cidade 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 whatsapp: 11 96325-9487				