



## PREVIDÊNCIA BRB - Plano de Benefícios BrasíliaPrev

CNPB: 2020.0018-29 | CNPJ: 48.307.744/0001-80  
SAC: 0800 000 2977 | WhatsApp: (61) 9 9806-2811  
www.previdenciabrb.org.br | www.brasiliaprev.com.br  
relacionamento@previdenciabrb.org.br

### Requerimento de Opção por Institutos

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome:			
Endereço:			Nº
Complemento:		Bairro:	
Cidade:		UF:	CEP:
Telefone:	Celular:	E-mail particular:	
Banco:	Agência:	Conta corrente:	

#### 2. REQUERIMENTO

O participante, acima identificado, tendo recebido todas as informações pertinentes aos institutos previstos no Regulamento do Plano de Benefícios BrasíliaPrev e em função da cessação do vínculo associativo com a Instituidora e do cumprimento de todas as exigibilidades estabelecidas pela legislação, vem, perante a Previdência BRB, formalizar sua opção pelos institutos abaixo assinalado:

- Resgate  Autopatrocínio  
 Portabilidade  Benefício Proporcional Diferido - BPD

#### 3. TERMO DE OPÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA (Preenchimento Exclusivo em caso de Resgate)

Opção, em caráter irrevogável, nos termos da Lei nº 14.803, de 10 de janeiro de 2024, pela aplicação do regime de tributação do Imposto de Renda previsto no art. 1º da Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004 (TABELA REGRESSIVA).

- Opto pelo regime regressivo estabelecido no art. 1º da Lei nº 11.053/2004, com as alterações da Lei nº 14.803/2024.  
 Não opto pelo regime regressivo estabelecido no art. 1º da Lei nº 11.053/2004, com as alterações da Lei nº 14.803/2024.

#### 4. DADOS DA ENTIDADE ADMINISTRADORA DO PLANO RECEPTOR (Preenchimento Exclusivo em caso de opção pela portabilidade)

Entidade:		CNPJ:	
Endereço:			Nº
Complemento:		Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone:
Banco:	Agência:	Conta corrente:	
Nome do Plano Receptor:			CNPB/SUSEP:

#### 5. ASSINATURA DO REQUERENTE

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

#### 6. INSTITUTOS PREVISTOS NO PLANO DE BENEFÍCIOS BRASILIAPREV



## PREVIDÊNCIA BRB - Plano de Benefícios BrasíliaPrev

CNPB: 2020.0018-29 | CNPJ: 48.307.744/0001-80  
SAC: 0800 000 2977 | WhatsApp: (61) 9 9806-2811  
www.previdenciabrb.org.br | www.brasiliaprev.com.br  
relacionamento@previdenciabrb.org.br

### Requerimento de Opção por Institutos

**1. Autopatrocínio:** é a faculdade do Participante manter o valor de contribuição, inclusive do correspondente ao Instituidor, no caso de perda parcial ou total da remuneração recebida, para assegurar a percepção dos benefícios nos níveis correspondentes àquela remuneração ou em outro definidos em normas regulamentares.

**2. Portabilidade:** é o instituto que faculta ao **Participante** transferir os recursos financeiros correspondentes ao seu direito acumulado para outro plano de benefícios de caráter previdenciário administrado por entidade fechada de previdência complementar, entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora autorizada a operar o referido plano, nos termos deste Regulamento.

**3. Benefício Proporcional Diferido:** é o instituto que faculta ao **Participante**, em razão da cessação das contribuições antes da aquisição do direito ao Benefício Pleno, optar por receber, em tempo futuro, benefício decorrente dessa opção, calculado de acordo com as regras deste plano.

**4. Resgate:** é o instituto que faculta ao Participante receber, durante a fase de diferimento, valor decorrente de recursos vertidos em seu nome ao plano de benefícios, nos termos deste Regulamento.

Autorizo a Previdência BRB a compartilhar os meus dados pessoais de cadastro com terceiros para o cumprimento da finalidade indicada neste documento, bem como outras informações mínimas exigidas pela legislação em vigor. Estou ciente e autorizo a Previdência BRB realizar análises no meu cadastro, inclusive de risco de crédito.

Estou ciente que meus dados pessoais e informações serão armazenados enquanto perdurar a relação com o Plano de Benefícios e/ou com a Previdência BRB. Em caso de cancelamento da minha inscrição no Plano de Benefícios, meus dados pessoais e informações serão armazenados pela Previdência BRB enquanto necessário para atender aos prazos legais ou regulatórios.

Fica autorizado o envio de ofertas e informes de produtos e serviços relacionados à Previdência BRB e/ou ao Plano de Benefícios, por meio de linha telefônica, correspondência eletrônica ou física.

Sim  Não

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do requerente

## 7. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

Para uso da Diretoria:

Autorizado

Não autorizado

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura/carimbo Diretoria da Área de Previdência

Favor proceder conforme solicitação do Participante.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura/carimbo da Área de Previdência

1ª Via - Entidade: PREVIDÊNCIA BRB

2ª Via - Participante

