

Termo de Adesão

PAMA-PCE

Leia todas as instruções antes do preenchimento.

Identificação do(a) Titular

Nome Completo:		Matrícula Sistel:		
Data de Nascimento:	CPF:	Estado Civil: <input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Separado Judicialmente <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viúvo(a)	Sexo: <input type="radio"/> F. <input type="radio"/> M.	
Nº do Documento de Identificação:	Data de Expedição:	Órgão Emissor:	UF:	
Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:	Você é? <input type="radio"/> Aposentado(a) <input type="radio"/> Pensionista	
Nome do(a) Cônjuge:				
Nome do Pai:		Nome da Mãe:		
Endereço:		Telefone Residencial: ()		
Complemento:		Bairro:	Telefone Celular: ()	
Cidade:	UF:	CEP:	País:	Telefone Complementar: ()
E-mail:		E-mail Complementar:		
Nome do Banco: <input type="radio"/> Banco do Brasil <input type="radio"/> Bradesco <input type="radio"/> Itaú <input type="radio"/> Santander		Nº Agência:	Nº Conta:	Tipo: <input type="radio"/> Corrente <input type="radio"/> Salário

Identificação de Beneficiários(as)

Nome Completo:			
Data de Nascimento:	CPF:	Estado Civil: <input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Separado Judicialmente <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viúvo(a)	Sexo: <input type="radio"/> F. <input type="radio"/> M.
Tipo de Beneficiário(a): <input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a)			
Nome da Mãe:			
Nome Completo:			
Data de Nascimento:	CPF:	Estado Civil: <input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Separado Judicialmente <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viúvo(a)	Sexo: <input type="radio"/> F. <input type="radio"/> M.
Tipo de Beneficiário(a): <input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a)			
Nome da Mãe:			

Local e data:

Assinatura do(a) Titular:

_____, ____/____/____

Declaração

- Na qualidade de participante assistido do Plano de Benefícios da Sistel - PBS, venho nos termos do presente instrumento, aderir, nesta data, aos benefícios adicionais ao PAMA, oferecidos pelo Programa de Coberturas Especiais - PAMA-PCE, doravante denominado PCE, na forma de seus Regulamentos, dos quais, como signatário, declaro ter pleno conhecimento e aceitar em todos os termos e condições.
- Declaro, após conhecimento dos Regulamentos do PAMA e PCE, ter pleno conhecimento e aceitação de que o PAMA é custeado pelo Fundo Financeiro Assistencial e que os benefícios adicionais ao PAMA, previstos no PCE, são custeados, exclusivamente, pelos seus usuários em conformidade com o estabelecido em seu Plano de Custeio, que é determinado, anualmente, por estudos atuariais.
- Declaro ter pleno conhecimento e aceitação de que os percentuais de coparticipação, variáveis em função da natureza do evento, e a Contribuição Mensal por Grupo Familiar e por Faixa de Renda, previstos no Regulamento do PCE, para o período de 12 meses correspondem a:

Contribuição Mensal		Percentual de Co-Participação	
Faixa de Renda	Contribuição por Grupo Familiar	Evento	Percentual
		Consultas	
		Exames Simples	
		Exames Especiais	
		Outros Eventos	
		Internação	
		Radioterapia/ Quimioterapia/ Hemodiálise/ Facectomia	

Contribuição mensal individual corresponde ao valor unitário de

Os pensionistas poderão permanecer no PAMA-PCE com as mesmas condições de pagamento do aposentado falecido, desde que façam sua opção pelo PCE no prazo máximo de 90 (noventa) dias após o falecimento do aposentado.

- Declaro ter pleno conhecimento e aceitação de que cada filho solteiro e estudante, maior de 21 anos de idade, inscritos por mim neste instrumento, participará do PCE mediante custeio exclusivamente feito pela Contribuição Mensal Individual, prevista no Regulamento do PCE, para o período de 12 meses, contados do ano vigente, além de estarem sujeitos aos mesmos percentuais de coparticipação especificados anteriormente.
- Declaro ter pleno conhecimento e aceitação de que as Contribuições Mensais, por Grupo Familiar e Individual, assim como os percentuais de coparticipação, variáveis em função da natureza do evento, previstos no Regulamento do PCE e com os valores acima especificados, serão revisados anualmente, com base no equilíbrio do PCE e na otimização do seu gerenciamento, conforme resultado dos estudos atuariais determinantes do Plano de Custeio, na forma do Regulamento.
- Declaro, também, ter pleno conhecimento e aceitação da obrigatoriedade de cumprimento dos prazos de carência previstos no Regulamento do Programa de Coberturas Especiais (PCE), quais sejam: 30 dias para consulta; 90 dias para procedimentos diagnósticos e terapêuticos; 180 dias para internações clínicas e cirúrgicas, tratamentos de radioterapia, quimioterapia e hemodiálise; 24 horas para procedimentos de urgência (evento resultante de acidente) e emergência (evento que caracterize risco de vida ou lesão irreparável). Todos os procedimentos realizados no período de carência serão coparticipados conforme regras do PAMA.
- Declaro, ainda, ter conhecimento e aceitação de que, minha inscrição será suspensa, a partir do trigésimo dia após o vencimento, caso, por qualquer motivo, deixe de efetuar os pagamentos sob minha responsabilidade, bem como, de que minha inscrição no PAMA-PCE será cancelada, se por qualquer motivo, eu deixar de efetuar os pagamentos de minha responsabilidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do Programa.

Assinatura do(a) Titular:

Termo de Adesão

PAMA-PCE

- Autorizo o desconto das Contribuições Mensais, por Grupo Familiar e Individual, a partir do mês da efetivação desta adesão no PCE, na folha de pagamento dos benefícios previdenciais assegurados pelo PBS, e responsabilizo-me pelo pagamento das cobranças feitas, relativas às Contribuições Mensais não descontadas em folha de benefícios, por falta de margem consignável ou outro motivo, e aos valores correspondentes aos percentuais de coparticipação decorrentes das utilizações do PCE, estando ciente de que a falta de pagamento de ambos os valores implicará a suspensão e o cancelamento das inscrições no PAMA e no PCE.
- Assino o presente Termo de Adesão, na presença de 2 testemunhas para que produza os efeitos de direito, ciente de que a efetivação da adesão está condicionada à devolução do Formulário Termo de Adesão assinado, juntamente com a minha documentação e dos meus beneficiários, se for o caso.
- Declaro serem verdadeiras as informações prestadas, bem como de ter ciência de que a ocorrência de qualquer evento que importe a perda da qualidade de usuário do PAMA e PCE deverá ser comunicada a SISTEL, imediatamente, mediante apresentação da documentação devida.

Local e data:

_____, ____/____/____

Assinatura do(a) Titular:

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura:

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura:

- Preencher todas as informações solicitadas em letra de forma e sem abreviaturas;
- O Participante Titular do recebimento da suplementação da aposentadora ou da pensão, deverá preencher, datar e assinar;
- As testemunhas poderão ser quaisquer pessoas maiores de 18 anos de idade.

Quem pode ser seu/sua Beneficiário(a)?

- Cônjuge ou companheiro(a);
- Filho(a) solteiro(a) menor de 21 anos ou Estudante maior de 21 anos, desde que comprovada a frequência ininterrupta em curso regular no Brasil, reconhecido pelo MEC;
- Filho(a) inválido(a), desde que a invalidez tenha ocorrido antes de 21 anos, solteiro(a) e sem recursos;

IMPORTANTE: Entende-se por pessoas sem recursos aquelas cujos rendimentos brutos sejam iguais ou inferiores ao salário-mínimo vigente no país.

Enviar cópia dos seguintes documentos:

- Documento de identificação e CPF do(a) participante e dos(as) beneficiários(as);
- Documento comprobatório de pagamento do benefício pelo INSS emitido há, no máximo, 3 meses.

Para inclusão de beneficiários(as) é necessário enviar também cópia do(s) documento(s) abaixo:

Cônjuge:

- Certidão de Casamento emitida há, no máximo, 1 ano.

Filho(a) (até 21 anos):

- Certidão de Nascimento, se menor de 8 anos;
- Documento de identificação e CPF, se maior de 8 anos;
- Certidão de Nascimento atualizada ou Declaração informando o estado civil, se maior de 16 anos, assinada pelo titular do recebimento de aposentadoria ou pensão e por duas testemunhas;

Filho(a) estudante (a partir de 21 anos):

- Certidão de Nascimento atualizada ou Declaração original informando o estado civil, assinada pelo titular do recebimento de aposentadoria ou pensão e por duas testemunhas;
- Declaração de Escolaridade (fundamental, médio, superior, pós-graduação, mestrado ou doutorado).

Filho(a) Inválido(a):

- Certidão de Nascimento, se menor de 8 anos;
- Documento de identificação e CPF, se maior de 8 anos;
- Certidão de Nascimento atualizada ou Declaração original informando o estado civil, se maior de 16 anos, assinada pelo titular do recebimento de aposentadoria ou pensão e por duas testemunhas;
- Cópia autenticada do Laudo Médico pericial emitido por médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou do Município, emitido há, no máximo, 6 meses, contendo:
 - Nome do paciente;
 - Declaração da invalidez;
 - Data de início da invalidez;
 - Assinatura do Médico (credenciado pelo SUS) com carimbo contendo o CRM;

Companheiro(a):

- Certidão de Nascimento ou Casamento emitida há, no máximo, 1 ano.
- Declaração de União Estável por período superior a 5 anos ou Certidão de Nascimento de filhos havidos em comum;
- 3 Comprovantes de Dependência Econômica, a exemplo dos relacionados abaixo:
 - Justificação judicial;
 - Declaração do Imposto de Renda onde conste o interessado como dependente;
 - Anotação constante de Ficha ou livro de Registro de Empregados;
 - Anotação na Carteira de Trabalho e Previdência Social;
 - Declaração especial feita perante tabelião;
 - Certidão de casamento religioso;
 - Prova de mesmo domicílio;
 - Conta bancária conjunta;
 - Prova de encargos domésticos evidentes (água, luz, telefone, etc.);
 - Registro em associação de qualquer natureza onde conste o interessado como dependente;
 - Ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste seu nome como responsável;
 - Apólice de seguro;
 - Escritura de compra de imóvel.

Representante Legal, se houver:

- Documento de identificação;
- CPF;
- Cópia autenticada da Procuração ou Termo de Curatela/Tutela.

Observações:

- A Fundação Sistel pode exigir os documentos que, a seu juízo, permitam formar plena convicção sobre a solicitação em questão;
- As declarações devem ser originais;
- As procurações devem ser originais ou autenticadas em cartório com emissão nos últimos 2 anos;
- O Termo de Curatela/Tutela, se provisório, deverá ter data de emissão ou revalidação nos últimos 2 anos.

Canais de Relacionamento Sistel:

Portal Sistel: www.sistel.com.br

Facebook: www.facebook.com/FundacaoSistel

E-mail: atendimentosistel@sistel.com.br

Central de Relacionamento: 0800 602 1801

Whatsapp Sistel: (61) 99829-7496

Fale Conosco na área restrita do Portal Sistel

Endereço: SEPS 702/902, Conjunto B, Bloco A, Ed.

General Alencastro, Brasília-DF, CEP 70390-025

Os Dados Pessoais indicados nesse formulário serão utilizados pela Fundação Sistel, para atender a execução contratual prevista no regulamento do plano, bem como para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, com respaldo no artigo 7º, incisos II e V, da Lei Geral de Proteção de Dados de nº 13.709 de 14/08/2018. Havendo dúvida quanto ao uso dos seus dados pessoais, encaminhar e-mail para encarregado@sistel.com.br