

Leia todas as instruções antes do preenchimento.

Empresa:	Matrícula:
----------	------------

Ocupação Profissional:	Data de Admissão:
------------------------	-------------------

Identificação do(a) Participante

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	Sexo: <input type="radio"/> F. <input type="radio"/> M.
---------------------	------	--	---

Nº do Documento de Identificação:	Data de Expedição:	Órgão Emissor:	UF:
-----------------------------------	--------------------	----------------	-----

Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:
---------------	-----	----------------

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
---	-------------	-----------	--

O preenchimento continua na próxima página.

Local e data:

_____, ____/____/____

Assinatura do(a) Participante:

⚠ **Leia todas as instruções antes do preenchimento.**

Inscreevo-me com:

Contribuição Normal do Participante de ____ % (percentual inteiro, de 1% a 8%) sobre o Salário de Participação.

ou

Contribuição Normal do Participante de 8% e Contribuição Extraordinária Voluntária do Participante de ____ % (percentual inteiro, limitado a 22%).

Regime de Tributação:

Declaro, na forma da Legislação de Imposto de Renda (Lei nº 11.053/2004, alterada pela Lei nº 14.803/2024) que, até o momento do requerimento de benefício ou de resgate, deverei exercer a opção pelo regime regressivo, se for do meu interesse, em caráter definitivo e irretratável, sendo que o não exercício da opção implica na minha inclusão no regime progressivo de tributação.

Pessoa Politicamente Exposta - PPE? SIM NÃO

Caso sua resposta seja SIM, é necessário enviar formulário específico de PPE disponível no portal da Sistel.

PPE é aquela pessoa que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. (Exemplo: pai, mãe, cônjuge, filho(a), enteado(a), sócio(a), etc.).

Termo de Responsabilidade

Solicito a inscrição como participante no plano de benefícios InovaPrev na Fundação Sistel e declaro que:

- As informações prestadas são verdadeiras;
- Recebi, no ato desta inscrição, o Estatuto da Fundação Sistel, o Regulamento do Plano de Benefícios InovaPrev e correspondente Material explicativo;
- Estou ciente de que devo informar à Fundação Sistel por escrito, qualquer alteração em meus dados cadastrais e de meus beneficiários, no prazo de 30 dias, a contar do acontecimento;
- Autorizo o desconto das contribuições mensais incidentes sobre o meu Salário de Participação, na folha de pagamento do meu Empregador;
- 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

Local e data:

Assinatura do(a) Participante:

_____, ____/____/____

⚠ **Leia todas as instruções antes do preenchimento.**

Identificação de Beneficiários(as)

Nome Completo:

Data de Nascimento: CPF: Estado Civil: Solteiro(a) Divorciado(a) Separado Judicialmente Casado(a) Viúvo(a) Sexo: F. M.

E-mail: Telefone Residencial: () Telefone Celular: ()

Tipo de Beneficiário(a): Cônjuge Companheiro(a) Filho(a) Ex-cônjuge Ex-companheiro(a) Enteadado(a)

Nome Completo:

Data de Nascimento: CPF: Estado Civil: Solteiro(a) Divorciado(a) Separado Judicialmente Casado(a) Viúvo(a) Sexo: F. M.

E-mail: Telefone Residencial: () Telefone Celular: ()

Tipo de Beneficiário(a): Cônjuge Companheiro(a) Filho(a) Ex-cônjuge Ex-companheiro(a) Enteadado(a)

Autorizo que os(as) Beneficiários(as) por mim inscritos(as), passem automaticamente à Beneficiários(as) Designados(as) quando cessarem as condições que os(as) habilitam?

- Sim. Autorizo à Fundação Sistel a incluir como beneficiários(as) designados(as) os(as) mesmos(as) beneficiários(as) que forem cadastrados(as) na Fundação.
- Não. Vou indicar outros(as) beneficiários(as) designados(as).

Local e data:

Assinatura do(a) Participante:

_____, ____/____/____

⚠ **Leia todas as instruções antes do preenchimento.**

Identificação de Beneficiários(as) Designados(as)

Nome Completo:			CPF:	
Endereço:			Telefone Residencial: ()	
Complemento:		Bairro:	Telefone Celular: ()	
Cidade:	UF:	CEP:	País:	Telefone Complementar: ()
E-mail:			E-mail Complementar:	

Nome Completo:			CPF:	
Endereço:			Telefone Residencial: ()	
Complemento:		Bairro:	Telefone Celular: ()	
Cidade:	UF:	CEP:	País:	Telefone Complementar: ()
E-mail:			E-mail Complementar:	

Local e data:

_____, ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Participante:

- Preencher todas as informações solicitadas em letra de forma e sem abreviaturas;

Quem pode ser seu/sua Beneficiário(a)?

- Cônjuge ou companheiro(a);
- Filho(a) solteiro(a) menor de 21 anos, universitário(a) menor de 24 anos ou inválido(a);
- Enteadado(a) dependente economicamente do Participante, solteiro(a) menor de 21 anos, universitário(a) menor de 24 anos ou inválido(a);
- Ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) com percepção de pensão alimentícia.

Quem pode ser seu/sua Beneficiário(a) Designado(a)?

Pessoa física de sua preferência, que na ausência de Beneficiários(as) no Plano, poderá receber valores em conformidade com o disposto no Regulamento do Plano.

Enviar cópia dos seguintes documentos:

- Documento de identificação e CPF do(a) participante, dos(as) beneficiários(as) e dos(as) beneficiários(as) designados(as).

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

Cônjuge ou Companheiro(a):

- Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável.

Ex-cônjuge ou Ex-companheiro(a):

- Ofício de determinação de pensão alimentícia.

Filho(a) e Enteadado(a) Universitário(a) (de 21 a 24 anos):

- Declaração de Escolaridade.

Filho(a) e Enteadado(a) Inválido(a):

- 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.

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..

Canais de Relacionamento Sistel:

Portal Sistel: www.sistel.com.br

Facebook: www.facebook.com/FundacaoSistel

E-mail: correspondenciasistel@sistel.com.br

Central de Relacionamento: 0800 602 1801

Fale Conosco na área restrita do Portal Sistel

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

General Alencastro, Brasília-DF, CEP 70390-025