Autorização de Débito em Conta Corrente

Sistel
Fundação de Seguridade Social

PAMA/PAMA-PCE

Leia todas as instruções antes do preenchimento.

Identificação do(a) Titular

Nome Completo:

CPF:

Matrícula Sistel:

Grupo Familiar:

Nome do Banco:
○ Banco do Brasil ○ Bradesco ○ Itaú ○ Santander

Nº Agência:

Nº Conta Corrente:

AUTORIZO expressamente que o pagamento mensal do boleto do plano de saúde seja realizado através de débito em minha conta corrente, no valor mínimo relativo ao mês, conforme condições a seguir descritas:

1 - Débito:

O débito em conta será efetuado sempre pelo valor do boleto, nos dados bancários cadastrados na Sistel. O desconto ocorrerá conforme datas divulgadas previamente no portal Sistel (www.sistel.com.br)

Não ocorrendo o débito por não haver saldo suficiente, ou por qualquer outra razão, não será possível a solicitação de emissão de boleto. Dessa forma, o saldo ficará inadimplente até a data de débito do mês seguinte. Ao autorizar o pagamento por meio de débito em conta corrente, o boleto será enviado para sua residência sem o código de barras, ficando disponível também no portal apenas para consulta. Os demonstrativos e extratos do plano de saúde serão disponibilizados no portal da Sistel e postados.

2 - Cancelamento:

Informamos que após realizadas duas tentativas sem sucesso do débito em conta em meses subsequentes o mesmo será cancelado automaticamente.

O cancelamento do serviço poderá ser solicitado a qualquer momento por meio de carta assinada.

Importante: As autorizações de débito em conta corrente recebidas na SISTEL até o dia 10 de cada mês serão válidas para o próximo boleto, que vence no mês seguinte. As autorizações recebidas após o dia 10 de cada mês serão válidas para o boleto que vencerá no segundo mês subsequente ao recebimento da autorização na SISTEL. O processo para solicitação de cancelamento ocorrerá nos mesmos prazos, ou seja, os pedidos de cancelamento recebidos na SISTEL até o dia 10 serão processados para o boleto com vencimento no mês seguinte.

Para tanto subscrevo a presente AUTORIZAÇÃO, na presença das testemunhas abaixo subscritas.

Local e data:

_____ , ____/____/_____

Assinatura do(a) Titular:

_____

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Assinatura:

Nome:

CPF:

Assinatura:

Orientações Gerais

Autorização de Débito em Conta Corrente

- Preencher todas as informações solicitadas em letra de forma e sem abreviaturas;
- As testemunhas poderão ser quaisquer pessoas maiores de 18 anos de idade;
- Não é necessário o reconhecimento da assinatura em cartório;
- Caso mude de banco é necessário solicitar junto ao Banco a liberação do débito em conta e informar para a Sistel os novos dados bancários;
- Caso queira quitar o seu saldo devedor total, entre em contato com a Sistel por meio dos canais de relacionamento;
- Caso o seu plano de benefícios seja administrado por outra Fundação para solicitar o débito em conta é necessário enviar comprovante dos dados bancários juntamente com o Formulário de Autorização de Débito em Conta.

Ao encaminhar o formulário de Autorização de Débito em Conta para Sistel, será necessário também a autorização do débito em sua conta corrente. Caso o seu banco realize este cadastramento apenas na agência, mostre a orientação abaixo ao funcionário do banco.

> ***Sr. Bancário, favor orientar de que forma proceder com a liberação do débito automático para o favorecido Fundação Sistel de Seguridade Social.***
>
> ***Códigos de liberação por Banco:***
>
> ***Banco do Brasil: 24427***
> ***Santander: 11538***
> ***Itaú: 29132***
> ***Bradesco: 01939***

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