Termo de Adesão Pensionista

PAMA-PCE

Sistel
Fundação de Seguridade Social

Leia todas as instruções antes do preenchimento.

Identificação do(a) Pensionista

Nome Completo:

Matrícula Sistel:

Data de Nascimento:

CPF:

Estado Civil: ○ Solteiro(a) ○ Divorciado(a) ○ Separado Judicialmente ○ Casado(a) ○ Viúvo(a)

Sexo: ○ F. ○ M.

Nº do Documento de Identificação:

Data de Expedição:

Órgão Emissor:

UF:

Naturalidade:

UF:

Nacionalidade:

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Endereço:

Telefone Residencial:
( )

Complemento:

Bairro:

Telefone Celular:
( )

Cidade:

UF:

CEP:

País:

Telefone Complementar:
( )

E-mail:

E-mail Complementar:

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

Nº Agência:

Nº Conta:

Tipo: ○ Corrente ○ Salário

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.

Tipo de Beneficiário(a):
○ Filho(a)

Nome da Mãe:

Nome Completo:

Data de Nascimento:

CPF:

Estado Civil: ○ Solteiro(a) ○ Divorciado(a) ○ Separado Judicialmente ○ Casado(a) ○ Viúvo(a)

Sexo: ○ F. ○ M.

Tipo de Beneficiário(a):
○ Filho(a)

Nome da Mãe:

Local e data:

_____, ____/____/_____

Assinatura do(a) Pensionista:

_____

Termo de Adesão Pensionista

PAMA-PCE

Sistel
Fundação de Seguridade Social

Declaração

- Na qualidade de pensionista 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, Dezembro/2023 correspondem a:

Contribuição Mensal

Faixa de Renda	Contribuição por Grupo Familiar
Até R$ 1.093,74	R$ 522,16
R$ 1.093,75 a R$ 2.187,50	R$ 754,18
R$ 2.187,51 a R$ 3.281,23	R$ 1.392,41
R$ 3.281,24 a R$ 4.739,57	R$ 1.682,48
R$ 4.739,58 a R$ 6.197,92	R$ 1.810,07
A partir de R$ 6.197,93	R$ 1.856,47

Percentual de Co-Participação

Evento	Percentual
Consultas	38,10%
Exames Simples	35,56%
Exames Especiais	27,94%
Outros Eventos	27,94%
Internação	0%
Radioterapia/ Quimioterapia/ Hemodiálise/ Facectomia	0%

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, e optando dentro do prazo de 30 (trinta) dias após o falecimento do aposentado, estará isento(a) do cumprimento de carências.

- Declaro ter pleno conhecimento e aceitação de que as Contribuições Mensais, por Grupo Familiar, 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, hemodiálise e facectomia; 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) Pensionista:

Termo de Adesão Pensionista

PAMA-PCE

- Autorizo o desconto das Contribuições Mensais, por Grupo Familiar, 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) Pensionista:

_____

Testemunhas:

Nome:	CPF:	Assinatura:
Nome:	CPF:	Assinatura:

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

Quem pode ser 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 dos(as) beneficiários(as);
- Documento comprobatório de pagamento do benefício pelo INSS emitido há, no máximo, 3 meses, em caso de adesão após os 90(noventa) dias do falecimento do aposentado.

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 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 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 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;

Orientações Gerais

Termo de Adesão Pensionista - PAMA-PCE

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

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 7°, incisos II e V, da Lei Geral de Proteção de Dados de n° 13.709 de 14/08/2018. Havendo dúvida quanto ao uso dos seus dados pessoais, encaminhar e-mail para encarregado@sistel.com.br