

Termo de Adesão Pensionista

PAMA

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

Identificação do(a) Pensionista

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:	
Nome da Mãe:			
Nome do Pai:			
Endereço:		Telefone Residencial: ()	
Complemento:	Bairro:	Telefone Celular: ()	
Cidade:	UF:	CEP:	País:
E-mail:		Telefone Complementar: ()	
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"/> 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"/> Filho(a)			
Nome da Mãe:			

Local e data:

Assinatura do(a) Pensionista:

_____, ____ / ____ / ____

Termo de Adesão Pensionista

PAMA

Declaração

- Na qualidade de participante assistido do Plano de Benefícios da SISTEL - PBS, venho, nos termos do presente instrumento, requerer inscrição, nesta data, ao Plano de Assistência Médica ao Aposentado - PAMA, na forma de seu Regulamento, do qual, como signatário, declaro ter pleno conhecimento e aceitar em todos os seus termos, condições, encargos e limites de cobertura.
- Declaro estar ciente de que, sendo o PAMA um plano assistencial com custos compartilhados, será de mim cobrada coparticipação todas as vezes que eu e/ou meus beneficiários utilizarmos atendimentos médico-ambulatoriais e hospitalares, tornando mais equilibradas as utilizações por grupo familiar.
- Autorizo expressamente a SISTEL a proceder ao desconto das Taxas de Administração e percentuais de coparticipação, a partir do mês da efetivação da inscrição no PAMA, na folha de pagamento dos benefícios previdenciais assegurados pelo PBS, e responsabilizo-me pelo pagamento das cobranças feitas por boleto bancário não descontadas em folha de benefícios, por falta de margem consignável ou outro motivo, estando ciente de que a não quitação desses valores implicará a suspensão e ou cancelamento das inscrições no PAMA.
- Declaro também ter pleno conhecimento de que o percentual de coparticipação é aplicado sobre todas as despesas decorrentes de utilização no plano e pode ser reajustado para manter o equilíbrio do PAMA, conforme resultado dos estudos atuariais conforme tabela abaixo:

Faixa do SRB	Salário Real de Benefício (SRB)*	Coparticipação a partir de 1º/3/2023
1	De R\$ 0,01 a R\$ 368,94	11,04%
2	De R\$ 368,95 a R\$ 737,87	21,66%
3	De R\$ 737,88 a R\$ 999999,99	32,29%

*Salário Real de Benefício (SRB) é a base de cálculo da suplementação

- Responsabilizo-me pelo pagamento das despesas decorrentes da utilização do PAMA, em conformidade com as suas regras de participação. Estando ciente de que o não pagamento, sob minha responsabilidade, no prazo de 30 dias consecutivos, implicará na suspensão do plano.
- Declaro ter ciência de que o não pagamento dos valores devidos, referentes à taxa de administração ou coparticipação, por período de 60 (sessenta) dias no decorrer do ano civil, ininterruptos ou não, implicará o cancelamento das inscrições no plano, conforme art. 13, parágrafo único, II da Lei 9.656/98, sendo possível o retorno mediante quitação dos débitos e nova solicitação.
- Declaro ter ciência de que as 12 primeiras consultas realizadas no prazo de 1 ano, por mim e meus beneficiários, individualmente, serão coparticipadas, conforme regras do plano, sendo as demais cobradas integralmente.
- Declaro ter ciência de que a utilização do plano, em período de suspensão ou cancelamento implicará na cobrança do valor integral de cada procedimento realizado, ou seja, as despesas não serão coparticipadas com a Sistel.
- Declaro ter ciência de que os meus filhos solteiros, inscritos no plano terão direito a usufruir da sua cobertura até os 21 anos de idade, e no caso de filhos inválidos e sem recursos o direito é vitalício, desde que comprovada a incapacidade antes de 21 anos de idade.
- Expressando a minha livre vontade, assino o presente Termo de Inscrição, 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, devidamente preenchido, e a apresentação dos meus documentos e dos meus beneficiários, porventura, inscritos.
- 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 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 por morte, 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;
- 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 do documento:

- Documento de identificação e CPF do(a) pensionista e dos(as) beneficiários(as);

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) 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, contendo:
 - Nome do paciente;
 - Declaração de invalidez ou incapacidade;
 - Início da invalidez;
 - Assinatura do Médico com CRM e Carimbo (médico credenciado pelo SUS);
 - Laudo emitido há, no máximo, 6 meses.

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 original 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