SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO NA CONDIÇÃO DE "OUTROS ELEGÍVEIS"
PROSAÚDE INTEGRADO - PSI

Nome do titular ou pensionista:			**Matrícula funcional (NP):**
Endereço:		**Nº:**	**Complemento:**
Bairro:			**CEP:**
Estado:	**Cidade:**		**Estado Civil:**
Nome da mãe (sem abreviatura):			**Sexo:**
CPF:	**Data de nascimento:**		**Celular ( )**
E-mail:			**Telefone: ( )**
Banco:	**Código Banco:**	**Agência Bancária:**	**Conta - Poupança:** **Corrente:**

Comunicamos que todos os dados informados serão utilizados para atualizar nossa base cadastral.
Art.14 – São obrigações dos beneficiários:
VII – Efetuar a atualização cadastral dos dados pessoais do titular e todos os seus dependentes inscritos, apresentando todas as informações e documentos necessários para que a Operadora cumpra as legislações específicas. Comunicar, nos canais oficiais da Cemig Saúde, versões mais recentes dos dados para contato, a fim de viabilizar uma comunicação eficiente.
Consulte o regulamento em sua íntegra em www.cemigsaude.org.br > Institucional . Estatutos e Regulamentos > Regulamento do Prosaude Integrado da Cemig - PSI.

Solicito a minha inclusão no PSI na condição de "Outros elegíveis", bem como a inclusão dos meus dependentes abaixo relacionados. Autorizo a CEMIG SAÚDE a efetuar a cobrança de contribuições e coparticipações de acordo com os valores da tabela e através de boleto bancário ou outra forma que substituir este critério de cobrança. Declaro ter pleno conhecimento dos critérios para permanência nesta categoria constantes do Regulamento do PSI.

É obrigação do participante manter seus dados cadastrais sempre atualizados junto à CEMIG SAÚDE.

ATENÇÃO: Os dependentes anteriormente inscritos, porém que nesta data de opção não forem relacionados no campo abaixo – serão automaticamente excluídos.

01	**Nome (sem abreviatura):**	**Parentesco:**	**Data de nascimento:**
	E-mail:	**CPF:**	**Celular: ( )**
	Nome da mãe (sem abreviatura):	**Sexo:**	**Estado Civil:**
02	**Nome (sem abreviatura):**	**Parentesco:**	**Data de nascimento:**
	E-mail:	**CPF:**	**Celular: ( )**
	Nome da mãe (sem abreviatura):	**Sexo:**	**Estado Civil:**
03	**Nome (sem abreviatura):**	**Parentesco:**	**Data de nascimento:**
	E-mail:	**CPF:**	**Celular: ( )**
	Nome da mãe (sem abreviatura):	**Sexo:**	**Estado Civil:**

Observação: Os dados informados serão cadastrados mediante validação no cadastro da Receita Federal. (Previsto na RN 295/12 da ANS)

Assinatura do titular ou responsável legal:	**Protocolo Cemig Saúde:**

ANS - Nº 41750-5

TERMO DE COMPROMISSO

Responsabilizo-me integralmente pelo exato cumprimento dos deveres e obrigações decorrentes desta relação, especialmente, quanto ao pagamento das contribuições mensais e demais parcelas devidas, bem como pela estrita observância das normas regulamentares acerca de prazos de carências, autorizações, coparticipações, perícias prévias, exclusões e limitações à cobertura assistencial.

Concordo expressamente, por meio da assinatura do presente Termo, que o detalhamento dos valores cobrados será enviado ao meu endereço, por meio de demonstrativo de débito, constando os valores das contribuições, coparticipações e demais obrigações previstas no Regulamento, acrescidas de correção monetária, juros de mora e multa.

Comprometo-me a agir com boa-fé e lealdade, respeitando os termos do Regulamento e os interesses da coletividade assistida, não criando qualquer embaraço ou dificuldade a quaisquer diligências necessárias à apuração de fatos ou coletas de provas, que visem a defesa dos interesses da Cemig Saúde.

Declaro estar ciente que a entrega da documentação não é suficiente para ingresso no Plano de Saúde, devendo ser avaliado se os requisitos de elegibilidade foram preenchidos, nos termos do Regulamento do Plano e das Resoluções Normativas 137/06 e 195/09 da Agência Nacional de Saúde.

Fica determinado o início da vigência do presente contrato a contar do ato da inscrição no plano de saúde, aplicando-se essa data como início de vigência da assistência médica e hospitalar a todos os dependentes e agregados que se inscreverem junto com o presente titular, respeitadas as disposições regulamentares.

Em caso de inscrição posterior de dependentes, seus contratos serão vigentes a partir do momento em que foi firmado o seu Termo de Adesão ou efetuado o primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, inclusive para contagens de período de carência.

O beneficiário, titular dos dados, sensíveis ou não, declara, para os devidos fins, que autoriza e que tem total ciência que os seus dados pessoais e/ou sensíveis serão tratados pela Cemig Saúde, por seus funcionários, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas, com o objetivo de atendimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do objeto social da Cemig Saúde, que visa prestar serviços de Plano de Saúde a seus beneficiários.

Quando houver dependentes menores ou adolescentes, declaro, ainda, que autorizo e que tenho total ciência que os dados pessoais (nome, CPF, identidade, data de nascimento, filiação, certidão de nascimento, endereço) e/ou sensíveis (dados de saúde) da criança ou adolescente, da qual sou responsável legal, serão tratados pela Cemig Saúde nos termos estabelecidos em Lei, objetivando prestar o serviço de assistência à saúde.

Os dados serão tratados enquanto houver necessidade de cumprimento de obrigação legal, contratual e regulatória, até que cessem todos os prazos prescricionais, podendo ainda mantê-los armazenados nos termos estabelecidos pela legislação vigente.

O beneficiário titular de dados tem ciência que o controlador dos dados será a Cemig Saúde, e que os seus dados poderão ser compartilhados com terceiros, para cumprimento de obrigações legais, regulatórias e contratuais, incluindo, agências reguladoras, prestadores de serviços, entidades governamentais ou não governamentais.

O titular dos dados declara ainda ter ciência das responsabilidades dos agentes que realizarão o tratamento e que quando houver infração à Lei Geral de Proteção de Dados, por parte do controlador ou do operador, em razão do exercício de atividade de tratamento de dados pessoais, causando dano patrimonial, moral, individual ou coletivo, em violação à legislação de proteção de dados pessoais, os mesmos serão obrigados a repará-lo.

Nos termos do Artigo 18 da Lei Geral de Proteção de Dados, o titular dos dados pessoais tem direito a obter da Cemig Saúde, em relação aos dados do titular por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição, por meio do "Fale Conosco" "LGPD" disponibilizado pelo **Cemig Saúde, https://www.cemigsaude.org.br/site/pagina/detalhe/22840** a confirmação da existência de tratamento; o acesso aos dados; a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; a anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto nesta Lei; a portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa e observados os segredos comercial e industrial, de acordo com a regulamentação do órgão controlador; a eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da mencionada Lei; a informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; a informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; a revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei Geral de Proteção de Dados.

Por fim, o titular dos dados sensíveis ou não autoriza e está ciente que a Cemig Saúde poderá armazenar os dados, sensíveis ou não, em empresas de prestação serviços de armazenamento na nuvem.

O Titular atesta a veracidade de todas as informações prestadas à Cemig Saúde, sob as penas da lei, responsabilizando-se civil e criminalmente por eventuais omissões, inverdades ou incorreções que vierem a ser detectadas.

O titular do Plano de Saúde é responsável pela atualização de todos os seus dados cadastrais e de seus dependentes e agregados junto ao Cemig Saúde, especialmente, quanto à alteração de endereço residencial, estado civil e óbitos, a fim de assegurar seus direitos e sob pena de responder pelas incorreções eventualmente apuradas.

A inadimplência por parte do Titular poderá acarretar, além da execução judicial do débito, a sua inscrição no cadastro do serviço de proteção ao crédito, nos termos e limites da legislação em vigor.

Local _____, _____ de _____de 20_____

_____

Assinatura do Titular

ANS - Nº 41750-5