

Nome do titular ou pensionista (sem abreviatura):

Matrícula funcional (NP):

E-mail:

Celular:  
( )

Telefone:  
( )

**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](http://www.cemigsaude.org.br)** > Institucional . Estatutos e Regulamentos > Regulamento do Prosaude Integrado da Cemig - PSI.

**ATENÇÃO:**

É **obrigatório** o preenchimento de todos os campos para o dependente menor e o responsável legal/financeiro. É **obrigatório** informar E-MAIL e CELULAR diferente do titular. **Os dados informados serão cadastrados mediante validação no cadastro da Receita Federal. (RN 295/12 - ANS)** Para inclusão de dependentes menores de idade, é **obrigatório** informar telefone, endereço residencial e e-mail de um responsável legal e financeiro, que sucederá as obrigações do beneficiário titular na ausência/falecimento deste, nos termos do art. 932 do Código Civil. Caso venha a ser nomeado tutor ou curador, este automaticamente assumirá a responsabilidade financeira pelas contribuições mensais do beneficiário menor de idade. Em toda e qualquer hipótese, o não pagamento ou pagamento em atraso das contribuições mensais pelo beneficiário titular ou pelo responsável legal e financeiro acarretará a suspensão e exclusão do(s) beneficiário(s) do plano de saúde vigente, conforme previsto no Regulamento do PSI.

01	Nome (sem abreviatura):		Parentesco:		Data de nascimento:	
	E-mail:		CPF:		Celular: ( )	
	Sexo:	Estado Civil:		CEP:	Estado:	
	Endereço:					Nº:
	Complemento:			Bairro:		
	Cidade:		Nome da mãe (sem abreviatura):			
<b>DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL E FINANCEIRO</b>						
	Nome(sem abreviatura) :			CPF:		
	E-mail:		Celular: ( )		Telefone: ( )	
	Endereço:					Nº:
	Complemento:			Bairro:		
	Cidade:			CEP:		Estado:

**DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:**

- Responsável legal - Cópia do CPF e RG;
- Netos - certidão de nascimento, cópia do RG, termo de guarda ou tutela e CPF;
- Termo de compromisso.

**OBSERVAÇÃO:**

- Responsável legal – Pai, Mãe ou declaração judicial

**Código Civil – Artigo 932.**

São também responsáveis pela reparação civil:

- I - os pais, pelos filhos menores que estiverem sob sua autoridade e em sua companhia;
- II - o tutor e o curador, pelos pupilos e curatelados, que se acharem nas mesmas condições.

**A aceitação desta proposta e a efetivação da adesão ficam condicionadas a entrega de todos os documentos obrigatórios e ao registro do protocolo de entrega.**

Assinatura do Titular:

Assinatura do Responsável Legal e Financeiro:

Protocolo Cemig Saúde:

## TERMO DE COMPROMISSO

### FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

**Controlador dos dados pessoais:** Cemig Saúde, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 12.055.813/0001-68, operadora de plano de saúde com registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 41750-5, estabelecida na cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais, na Av. Barbacena, 472 – 5º ao 8º e 12º andares, Bairro Barro Preto, CEP nº 30.190-130.

Declaro que sou o responsável legal da criança ou adolescente e titular dos dados pessoais já detalhados no formulário de solicitação de inclusão e afirmo que tenho conhecimento de forma clara e inequívoca que serei o responsável financeiro pelo plano, 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.

**Declaro, ainda, para os devidos fins, 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, 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 aos seus beneficiários. Os dados serão tratados, nos termos da Lei, 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.**

**Compartilhamento.** O Controlador dos dados pessoais fica autorizado a fazer o uso compartilhado dos dados pessoais e/ou sensíveis do Titular com outros Agentes de Tratamento, caso seja necessário para as finalidades descritas neste Termo, observados os princípios e garantias estabelecidos pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e outras legislações aplicáveis ao caso.

**Confidencialidade.** O Controlador dos dados pessoais tem o compromisso de tratar os dados pessoais com sigilo, mantendo-os em ambiente seguro e não sendo utilizados para qualquer fim que não os descritos acima.

**Armazenamento dos dados.** Os seus dados pessoais poderão ser armazenados, mesmo após o término do tratamento, para (i) cumprimento de obrigação contratual, legal ou regulatória pelo **Controlador dos dados pessoais**.

**Canais de atendimento.** Você pode utilizar o “Fale Conosco” “LGPD” disponibilizado pelo **Controlador dos dados pessoais**, <https://www.cemigsaude.org.br/site/pagina/detalhe/22840> para tirar dúvidas ou realizar as requisições relacionadas ao tratamento de seus dados pessoais.

**Revogação.** Tenho conhecimento de que, a qualquer tempo, posso revogar o meu consentimento ora fornecido, porém uma vez revogado impossibilitará a manutenção da criança ou adolescente no plano de saúde, considerando que a Cemig Saúde possui obrigações legais e regulatórias a cumprir, sendo-lhe imprescindível o tratamento dos dados pessoais e/ou sensíveis.

Caso o Titular dos dados pessoais seja um **Adolescente** (Considera-se adolescente a pessoa entre os 12 (doze) e os 18 (dezoito) anos de idade.) ou uma **Criança** (Considera-se criança a pessoa até 12 (doze) antes de idade incompletos.):

- Após ler e compreender as informações acima, eu,

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Nome do dependente: \_\_\_\_\_

estou de acordo e autorizo o **Controlador dos dados** a realizar o tratamento dos dados pessoais e/ou sensíveis estabelecidos no presente documento.

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular do Plano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal e Financeiro