

FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO ENTRE PLANOS DA CEMIG SAÚDE **AUTOPATROCINADOS, ASSISTIDOS E DEPENDENTES INDIRETOS**

As alterações recebidas até o dia 25 de cada mês serão processadas e terão vigência a partir do dia 1º do mês subsequente, após validação das documentações e informações recebidas do beneficiário. Caso seja necessário solicitar documentações complementares durante a análise, o prazo poderá ser prorrogado.

Dados do beneficiário titular vinculado a patrocinadora

| | | | | |
|--|---------------|-------------|-------------|--|
| Patrocinadora do beneficiário titular: | | | | Matrícula funcional: |
| Cemig GT | Cemig Holding | Forluz | Cemig Sim | |
| Cemig D | Gasmig | Sá Carvalho | Cemig Saúde | |
| Nome do beneficiário titular vinculado a patrocinadora: | | | | Categoria: |
| | | | | Em atividade Pensionista |
| | | | | Ex-empregado Aposentado |
| Mês de reajuste do contrato (patrocinadora) - índice pelo INPC: | | | | Data de adesão (Este campo será preenchido pela Cemig Saúde): |
| Janeiro | | | | |

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 os valores a serem pagos referente a mensalidade e percentuais de coparticipação foram informados no ato da contratação conforme tabelas constantes neste formulário de inclusão e demais obrigações previstas no Regulamento.

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 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.

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.

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 pela 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; 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, está ciente que a Cemig Saúde e/ou seus prestadores de serviços poderão armazenar esses dados em empresas de prestação serviços de armazenamento na nuvem, que poderá ser em ambiente nacional ou internacional.

Assinale a alternativa desejada

| | | |
|---|---|---|
| Alteração de plano do titular e seus dependentes diretos | Alteração de plano do dependente direto. | Alteração de plano do dependente indireto (opção exclusiva para beneficiários dos planos Atenção Família, Clássico e Premium). |
|---|---|---|

Dados do Beneficiário solicitante

Titular
Dependente Direto
Dependente Indireto

| | | |
|---|------------------|--------------------------------------|
| Nome do beneficiário solicitante | | CPF |
| Parentesco (Com o titular vinculado a patrocinadora) | | Celular () |
| CEP: | Endereço: | |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: |
| Sou responsável legal Sim Não | | Sou responsável financeiro Sim Não |
| Em caso negativo, é obrigatório preencher a página 3. | | |

Dados do Beneficiário solicitante

Titular
Dependente Direto
Dependente Indireto

| | | |
|---|------------------|--------------------------------------|
| Nome do beneficiário solicitante | | CPF |
| Parentesco (Com o titular vinculado a patrocinadora) | | E-mail |
| CEP: | Endereço: | |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: |
| Sou responsável legal Sim Não | | Sou responsável financeiro Sim Não |
| Em caso negativo, é obrigatório preencher a página 3. | | |

Dados do Beneficiário solicitante

Titular
Dependente Direto
Dependente Indireto

| | | |
|---|------------------|--------------------------------------|
| Nome do beneficiário solicitante | | CPF |
| Parentesco (Com o titular vinculado a patrocinadora) | | E-mail |
| CEP: | Endereço: | |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: |
| Sou responsável legal Sim Não | | Sou responsável financeiro Sim Não |
| Em caso negativo, é obrigatório preencher a página 3. | | |

Dados do responsável legal e curador

Obrigatório em caso de dependente menor/inválido/tutelado/interditado que possui um curador. Neste caso, gentileza adicionar a cópia da curatela.

| | | |
|--|-----------------|---------------|
| Nome completo e sem abreviações | | CPF |
| CEP | Endereço | |
| Complemento | Bairro | Cidade |
| UF | | |
| Celular | E-mail | |

Dados do responsável financeiro

- Preencher caso o responsável pelo custeio do plano seja diferente do beneficiário solicitante.
- Obrigatório em caso de dependente menor/inválido/tutelado/interditado que possui um curador. Neste caso, gentileza adicionar a cópia da curatela.

| | | |
|--|-----------------|---------------|
| Nome completo e sem abreviações | | CPF |
| CEP | Endereço | |
| Complemento | Bairro | Cidade |
| UF | | |
| Celular | E-mail | |

Autorizo e tenho total ciência que os dados pessoais e/ou sensíveis (dados de saúde) do titular e dependentes inclusive o 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.

Caso tenha informado novo responsável legal e curador ou responsável financeiro, é obrigatório adicionar a cópia do documento de identificação com foto do responsável.

CONHEÇA AS OPÇÕES DE PLANOS

| PRODUTO | PLANO ATENÇÃO FAMÍLIA | | PLANO CLÁSSICO | | PLANO PREMIUM |
|-----------------|-----------------------|--------------|----------------|--------------|---------------|
| | ENFERMARIA | APARTAMENTO | ENFERMARIA | APARTAMENTO | APARTAMENTO |
| FAIXA ETÁRIA | | | | | |
| De 0 a 18 anos | R\$ 197,49 | R\$ 239,85 | R\$ 221,97 | R\$ 264,19 | R\$ 292,50 |
| De 19 a 23 anos | R\$ 229,09 | R\$ 278,23 | R\$ 257,50 | R\$ 306,47 | R\$ 337,74 |
| De 24 a 28 anos | R\$ 265,75 | R\$ 322,74 | R\$ 298,70 | R\$ 355,50 | R\$ 391,77 |
| De 29 a 33 anos | R\$ 350,80 | R\$ 426,03 | R\$ 394,29 | R\$ 469,27 | R\$ 517,15 |
| De 34 a 38 anos | R\$ 420,95 | R\$ 511,22 | R\$ 473,13 | R\$ 563,11 | R\$ 620,57 |
| De 39 a 43 anos | R\$ 479,88 | R\$ 582,79 | R\$ 539,38 | R\$ 641,94 | R\$ 707,44 |
| De 44 a 48 anos | R\$ 566,25 | R\$ 687,69 | R\$ 636,45 | R\$ 757,48 | R\$ 834,78 |
| De 49 a 53 anos | R\$ 662,51 | R\$ 804,59 | R\$ 744,65 | R\$ 886,25 | R\$ 976,69 |
| De 54 a 58 anos | R\$ 834,77 | R\$ 1.013,79 | R\$ 938,26 | R\$ 1.116,68 | R\$ 1.292,16 |
| 59 anos mais | R\$ 1.068,51 | R\$ 1.297,65 | R\$ 1.200,97 | R\$ 1.429,35 | R\$ 1.752,07 |

Tabela de coparticipação dos planos Atenção Família, Clássico e Premium

| TIPO DE PROCEDIMENTO | VALOR DE COPARTICIPAÇÃO | |
|--|-------------------------|------------|
| | VALOR MÁXIMO | |
| Consulta médica | 30% | R\$ 45,37 |
| Consulta Urgência e Emergência | 30% | R\$ 56,71 |
| Exames, terapias e procedimentos simples | 30% | R\$ 45,37 |
| Exames, terapias e procedimentos especiais | 30% | R\$ 113,43 |
| Internação Enfermaria | - | R\$ 113,43 |
| Internação Apartamento | - | R\$ 147,46 |

Internação psiquiátrico: custeio de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento. Após superado o prazo citado, o custeio do tratamento fica sujeito à participação financeira do Beneficiário ou da Patrocinadora. Os valores de coparticipação para internação psiquiátrica serão aferidos através da aplicação do percentual descrito neste Formulário de Inclusão sobre os valores faturados pelo prestador de serviços onde se deu a internação, em conformidade com a rede do plano de saúde deste Regulamento. A internação psiquiátrica ficará sujeita à coparticipação financeira do beneficiário fixada em até 50% (cinquenta por cento) do valor da internação, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, ou outro percentual ou metodologia estabelecida em regulamentação da ANS, e dentro dos limites descritos por esta, explicitada neste Formulário de Inclusão e no Regulamento.

ATENÇÃO: Os valores indicados anteriormente sofrerão mudança na incidência do:

(I) reajuste financeiro: que ocorre na data de aniversário do contrato firmado entre a Cemig Saúde e as patrocinadoras ou na menor periodicidade permitida em lei;

(II) reajuste por sinistralidade: que ocorre na data do aniversário do contrato firmado entre a Cemig Saúde e as patrocinadoras ou na menor periodicidade permitida em lei;

(III) reajuste por faixa etária: que ocorre a qualquer tempo quando o cliente completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava. Todos os itens anteriores podem ocorrer entre a data de assinatura desta Proposta de Adesão* e a data da 1ª cobrança do benefício. A tabela de faixa etária encontra-se na páginas 4, 5 e 6 desta Proposta.

Adesão ao plano

Informe o plano que deseja contratar:

Planos em MG.

Atenção Família - Apartamento
492.892/22-0

Clássico - Apartamento
492.893/22-8

Premium - Apartamento
493.640/22-0

Atenção Família - Enfermaria
492.891/22-1

Clássico - Enfermaria
492.894/22-6

Planos fora de MG.

Premium Rio de Janeiro - Apartamento
494.891/23-2

Premium Sul - Apartamento
494.894/23-7

Premium Norte - Apartamento
494.896/23-3

Premium São Paulo - Apartamento
494.890/23-4

Premium Espírito Santo - Apartamento
494.895/23-5

Centro-Oeste - Apartamento
494.893/23-9

Premium Nordeste - Apartamento
494.892/23-1

Cobertura Opcional para os beneficiários dos planos Atenção Família, Clássico e Premium

Lembramos que os opcionais são contratados conforme o produto escolhido. Sendo assim, os opcionais anteriores não são migrados automaticamente. Gentileza informar as opções abaixo a serem contratadas:

Plano Odontológico - POD

- No caso de escolha do opcional é obrigatório o preenchimento e ciência nos demais campos correspondentes ao POD).
- Para empregados em atividade e seus dependentes diretos, a inclusão será automática no POD Superior e Transporte aeromédico.

Superior - R\$ 25,00 (Valor Mensal/ por pessoa)

Estou ciente que se a inscrição for realizada até o dia 25 do mês corrente, somente poderei utilizar o programa a partir do 1º dia do mês seguinte, e que todas as informações referentes à utilização do plano odontológico estão descritas no Manual de Utilização do POD, disponível no portal da Cemig Saúde.

Declaro também ter ciência de que deverei pagar, a título de pedágio, o valor correspondente a seis contribuições mensais (valor fixo) "per capita" ajustada no contrato com a OdontoPrev, multiplicada por 6 (seis), caso o meu pedido de exclusão seja inferior a 12 meses de permanência no plano.

Estou ciente da incidência de 10% de coparticipação em Endodontia, Cirurgia e Periodontia e 30% em Dentística e Prótese. E que, não há incidência de coparticipação para Emergência, Diagnóstico, Radiologia e Prevenção.

Transporte Aeromédico.

Transporte Aeromédico (A utilização deste opcional estará disponível 30 dias após a contratação).

* Essa é uma cobertura opcional que não terá custo inicial. Essa condição será reavaliada anualmente.

Formas de pagamento

Estou ciente que a cobrança da mensalidade e coparticipação será por meio de boleto individualizado, disponibilizado por e-mail e no portal institucional, na área do beneficiário e pelo autoatendimento por WhatsApp (31 99791-6464) para emissão da 2ª via, caso necessário.

Carência padrão

A carência será estabelecida conforme contrato anterior vigente.

| Grupo de carência | Carência contratual |
|--|----------------------------|
| Atendimentos de urgências/emergências | 24 (vinte e quatro) horas |
| Consultas médicas e exames simples | 30 (trinta) dias |
| Procedimentos de diagnose, tratamentos especializados, procedimentos especiais e terapias exclusivamente ambulatoriais | 180 (cento e oitenta) dias |
| Internações clínica, cirúrgica, pediátrica e psiquiátricas (inclusive serviços de diagnose e terapia intrínsecos) | 180 (cento e oitenta) dias |
| Parto a termo | 300 (trezentos) dias |

Atenção sobre carências conforme previsão regulamentar:

Se o beneficiário optar pela alteração da escolha do produto oferecido, com cobertura, rede credenciada ou acomodação superior ao referido produto, este deverá cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da acomodação superior, garantidas as demais carências cumpridas no regulamento de origem.

Na hipótese de o beneficiário optar pela mudança para outro plano, dentro da Cemig Saúde, deverá ser observado o prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data da alteração, para usufruir das coberturas do novo plano de saúde, exceto se houver alteração para acomodação superior cujo prazo de carência é de 180 (cento e oitenta dias), conforme disposto neste regulamento.

ATENÇÃO: os dados informados serão cadastrados na Cemig Saúde, após 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.

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. Todas as páginas devem ser impressas e rubricadas ou assinadas digitalmente.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO SOLICITANTE – TITULAR OU DEPENDENTE INDIRETO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL E FINANCEIRO / CURADOR (SE HOUVER)