

FORMULÁRIO DE INCLUSÃO PARA EMPREGADOS EM ATIVIDADE E DEPENDENTES DIRETOS

O início da vigência ao plano de saúde será em até 10 (dez) dias úteis, após validação das documentações e informações recebidas do beneficiário. Caso seja necessário solicitar documentações complementares durante a análise, o prazo será prorrogado.

Dados do beneficiário titular vinculado a patrocinadora

Patrocinadora do beneficiário titular:

Cemig D Cemig GT Cemig Holding Cemig Saúde Cemig Sim Forluz Sá Carvalho

Data de Admissão:

Matrícula funcional:

Mês de reajuste do contrato (patrocinadora) - índice pelo INPC:

Janeiro

Data de adesão (Este campo será preenchido pela Cemig Saúde) :

Marque qual opção deseja realizar:

| | | |
|---------------------|---|---------------------------------|
| Inclusão de titular | Inclusão de titular e dependentes diretos | Inclusão de dependentes diretos |
|---------------------|---|---------------------------------|

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.

Dados do titular

| | | | | | |
|---|------------------|----------------------------------|---|--|--|
| CPF: | | Nome completo e sem abreviações: | | | |
| Sexo: | | Data de nascimento: | | | |
| Nome completo da mãe e sem abreviações: | | | Nome completo do pai e sem abreviações: | | |
| Estado civil: | RG: | Orgão expedidor: | Inválido: Sim Não | | |
| Banco: | Código do banco: | Agência: | Conta corrente / poupança: | | |

Endereço residencial

| | | | | |
|--------------|-----------|----------------------------------|-----|-----|
| CEP: | Endereço: | | | N°: |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: | UF: | |
| Celular: | | Telefone residencial ou 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.

Relação dos dependentes diretos

(Cônjuge, ex-cônjuge, companheiro ou ex-companheiro / Filho natural, adotivo ou enteado até que complete 23 (vinte e três) anos e 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade / Menor que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular, até que complete 18 (dezoito) anos de idade), filhos inválidos que sejam oficialmente reconhecidos pelo INSS. Os demais enquadram-se na categoria de dependente especial, portanto, para eles deve ser preenchido formulário específico.

| | | | | | | |
|---------------|---|----------------------------------|----------------------------------|---|------------------------------|--|
| 01 | CPF: | | Nome completo e sem abreviações: | | | |
| | Sexo: | | Grau de parentesco: | | Menor sob guarda ou tutela | |
| | | | Cônjuge ou Companheiro | | Ex-cônjuge ou ex-companheiro | |
| | | | Filho | | Enteado | |
| | Nome completo da mãe e sem abreviações: | | | Nome completo do pai e sem abreviações: | | |
| Estado civil: | Inválido: Sim Não | Data de nascimento: | RG: | Órgão expedidor : | | |
| Celular: | | Telefone residencial ou celular: | | E-mail: | | |

*Para dependentes é obrigatório o preenchimento de E-MAIL e CELULAR, sugerimos ser diferente do titular.

o Endereço é o mesmo do titular.

Caso seja diferente, preencha os seguintes campos abaixo

| | | | |
|--------------|-----------|---------|-----|
| CEP: | Endereço: | Nº : | |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: | UF: |

| | | | | | |
|---------------|---|----------------------------------|---|----------------------------|------------------------------|
| 02 | CPF: | Nome completo e sem abreviações: | | | |
| | Sexo: | Grau de parentesco: | | Menor sob guarda ou tutela | |
| | | | Cônjuge ou Companheiro | | Ex-cônjuge ou ex-companheiro |
| | | | Filho | Enteado | |
| | Nome completo da mãe e sem abreviações: | | Nome completo do pai e sem abreviações: | | |
| Estado civil: | Inválido: | Data de nascimento: | RG: | Órgão expedidor : | |
| | | Sim Não | | | |
| Celular: | Telefone residencial ou celular: | | E-mail: | | |

*Para dependentes é obrigatório o preenchimento de E-MAIL e CELULAR, sugerimos ser diferente do titular.

o Endereço é o mesmo do titular.

Caso seja diferente, preencha os seguintes campos abaixo

| | | | |
|--------------|-----------|---------|-----|
| CEP: | Endereço: | Nº : | |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: | UF: |

| | | | | | |
|---------------|---|----------------------------------|---|----------------------------|------------------------------|
| 03 | CPF: | Nome completo e sem abreviações: | | | |
| | Sexo: | Grau de parentesco: | | Menor sob guarda ou tutela | |
| | | | Cônjuge ou Companheiro | | Ex-cônjuge ou ex-companheiro |
| | | | Filho | Enteado | |
| | Nome completo da mãe e sem abreviações: | | Nome completo do pai e sem abreviações: | | |
| Estado civil: | Inválido: | Data de nascimento: | RG: | Órgão expedidor : | |
| | | Sim Não | | | |
| Celular: | Telefone residencial ou celular: | | E-mail: | | |

*Para dependentes é obrigatório o preenchimento de E-MAIL e CELULAR, sugerimos ser diferente do titular.

o Endereço é o mesmo do titular.

Caso seja diferente, preencha os seguintes campos abaixo

| | | | |
|--------------|-----------|---------|-----|
| CEP: | Endereço: | Nº : | |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: | UF: |

| | | | | | |
|---------------|---|----------------------------------|---|----------------------------|------------------------------|
| 04 | CPF: | Nome completo e sem abreviações: | | | |
| | Sexo: | Grau de parentesco: | | Menor sob guarda ou tutela | |
| | | | Cônjuge ou Companheiro | | Ex-cônjuge ou ex-companheiro |
| | | | Filho | Enteado | |
| | Nome completo da mãe e sem abreviações: | | Nome completo do pai e sem abreviações: | | |
| Estado civil: | Inválido: | Data de nascimento: | RG: | Órgão expedidor : | |
| | | Sim Não | | | |
| Celular: | Telefone residencial ou celular: | | E-mail: | | |

*Para dependentes é obrigatório o preenchimento de E-MAIL e CELULAR, sugerimos ser diferente do titular.

o Endereço é o mesmo do titular.

Caso seja diferente, preencha os seguintes campos abaixo

| | | | |
|--------------|-----------|---------|-----|
| CEP: | Endereço: | Nº : | |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: | UF: |

| | | | | | |
|---------------|---|----------------------------------|---|----------------------------|------------------------------|
| 05 | CPF: | Nome completo e sem abreviações: | | | |
| | Sexo: | Grau de parentesco: | | Menor sob guarda ou tutela | |
| | | | Cônjuge ou Companheiro | | Ex-cônjuge ou ex-companheiro |
| | | | Filho | Enteado | |
| | Nome completo da mãe e sem abreviações: | | Nome completo do pai e sem abreviações: | | |
| Estado civil: | Inválido: | Data de nascimento: | RG: | Órgão expedidor : | |
| | | Sim Não | | | |
| Celular: | Telefone residencial ou celular: | | E-mail: | | |

*Para dependentes é obrigatório o preenchimento de E-MAIL e CELULAR, sugerimos ser diferente do titular.

o Endereço é o mesmo do titular.

Caso seja diferente, preencha os seguintes campos abaixo

| | | | |
|--------------|-----------|---------|-----|
| CEP: | Endereço: | Nº : | |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: | UF: |

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUE DEVE SER ENVIADA PARA A CEMIG SAÚDE:

- RG e CPF
- Certidão de Nascimento e/ou Casamento /União estável
- Termo de guarda e tutela.
- Filhos(as) inválidos(as) - apresentar documento oficial emitido pelo INSS, que ateste a condição da invalidez.

FORMAS DE ENVIO:

- Chat e fale conosco no portal www.cemigsaude.org.br
- Atendimento presencial na Cemig Saúde

CONHEÇA AS OPÇÕES DE PLANOS

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 Minas Gerais.

Premium Apartamento Patrocinado 507.756/26-7

Planos fora de Minas Gerais.

Premium São Paulo Patrocinado - Apartamento 507.754/26-1

Premium Rio de Janeiro Patrocinado - Apartamento 507.752/26-4

Premium Espírito Santo Patrocinado - Apartamento 507.751/26-6

Premium Nordeste Patrocinado - Apartamento 507.755/26-9

Premium Sul Patrocinado 507.753/26-2 - Apartamento

Premium Centro-Oeste Patrocinado 507.750/26-8 - Apartamento

Premium Norte Patrocinado 507.749/26-4 - Apartamento

Cobertura Opcional

Os custos serão arcados integralmente pela Patrocinadora.

Plano Odontológico – POD Superior

Transporte Aeromédico

Carências

Os prazos de carência são os períodos nos quais o beneficiário não terá direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento do plano de saúde. Haverá prazos de carência para utilização do plano de saúde, conforme tabela a seguir. Para efeitos de isenção de carências, devem-se observar as normas regulamentares da ANS e a legislação em vigor e, se houver redução de carências, deve-se observar o Aditivo de Redução de Carências que acompanha este Formulário.

Carência padrão

Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata os Regulamentos dos planos e do Convênio de Adesão, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

| Grupo de benefícios | 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 |

*Para beneficiários que originaram-se do Prosaúde Integrado da Cemig-PSI, a carência será estabelecida conforme contrato anterior vigente.

Não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que a inclusão do beneficiário titular ou de seus dependentes ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data que lhe facultou o direito de inscrição ao plano (vigência inicial, casamento, nascimento, vinculação a qualquer das patrocinadoras).

Portabilidade de carências

A portabilidade de carências é a possibilidade de o beneficiário que possui um novo plano de saúde, individual ou familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial, regulamentado pela Lei nº 9.656/98 ou adaptado a ela, com registro na ANS, possa contratar um novo plano de saúde, sem o cumprimento de novos períodos de carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT), conforme disposto na Resolução Normativa 438 (RN 438), da ANS, e suas posteriores atualizações.

Caso a portabilidade seja exercida para um plano com segmentação diferente do plano origem, o beneficiário cumprirá as carências contratuais referentes a nova segmentação.

Para ter direito a portabilidade, a documentação complementar lista, deve ser apresentada juntamente a este contrato de adesão.

- Guia ANS: é um relatório emitido pela própria ANS que atesta a compatibilidade de preço e cobertura entre os planos de origem e de destino.
- Documento comprovando adimplência (comprovante de pagamento 3 últimas mensalidades, declaração).
- Documento comprovando tempo de permanência (proposta de adesão, contrato assinado, declaração). Nos links abaixo você encontra toda a documentação necessária e orientações da ANS para solicitar a sua portabilidade.

Nos links abaixo você encontra toda a documentação necessária e orientações da ANS para solicitar a sua portabilidade.

[Emissão do Guia ANS](#)[Cartilha da ANS](#)[Resolução Normativa](#)

Redução de carências

Para que o beneficiário elegível à redução de carências, deve ser respeitada as seguintes condições:

Para os beneficiários com permanência acima de 12 (doze) meses em plano de saúde regulamentado pela Lei nº 9656/98, com segmentação assistencial ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com no máximo 60 (sessenta) dias de cancelado, contados da data de assinatura desta Proposta.

NÃO serão reduzidas carências para os beneficiários que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:

- Oriundos de planos não regulamentados e/ou adaptados à Lei 9.656/98;
- Oriundos de planos cuja segmentação assistencial seja inferior à ambulatorial + hospitalar com obstetrícia;
- Excluídos de plano da Cemig Saúde por motivo de inadimplência

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS QUE DEVEM SER APRESENTANDOS COM A PROPOSTA DE ADESÃO:

Para oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:

1. Comprovante de início no plano de saúde anteriormente contratado (cópia do contrato OU cartão de identificação com data de início no plano de saúde anterior);
2. Cópia dos 3 (três) últimos recibos de pagamentos quitados OU declaração da operadora congênere, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano de saúde, condições de pagamento e relação dos beneficiários (titular e dependentes).

Para oriundos de planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão:

1. Declaração da Pessoa Jurídica contratante, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:
 - Operadora contratada;
 - Tipo de plano e acomodação em internação;
 - Relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura.

Declaração de Saúde – DPS (Preenchimento obrigatório)

- No momento da adesão ao presente Instrumento, o beneficiário deverá, por meio do preenchimento de Declaração de Saúde, informar à Cemig Saúde sobre Doença ou Lesão Preexistente (DLP) que tenha ciência à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito a processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar objetivando a suspensão ou a rescisão unilateral do regulamento.
- **NÃO HAVERÁ INCIDÊNCIA DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) NOS CASOS DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP), DESDE QUE A INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR OU DE SEUS DEPENDENTES OCORRA NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS DA DATA QUE LHE FACULTOU O DIREITO DE INSCRIÇÃO AO PLANO. NESTE CASO É DISPENSADO O PREENCHIMENTO.**

Carta de orientação ao beneficiário e declaração de saúde

Outros documentos

[Guia de leitura contratual](#)



[Manual de orientação para contratação de plano de saúde](#)



Trilha do Beneficiário

A Trilha do Beneficiário foi criada para novos e atuais beneficiários, oferecendo informações completas sobre o seu plano. Nela, você encontra detalhes sobre o cartão do plano, nosso jeito de cuidar com serviços próprios e coordenados, rede de prestadores, serviços adicionais, financeiro, reembolso e canais de relacionamento. Tudo para facilitar sua jornada e melhorar sua experiência na Cemig Saúde.

[Clique aqui ou acesse trilhadobeneficiario.cemigsaude.org.br](http://trilhadobeneficiario.cemigsaude.org.br)



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.

FORMAS DE ENVIO:

- Chat e fale conosco no portal www.cemigsaude.org.br
- Atendimento presencial na Cemig Saúde

Local e Data

Assinatura do Titular

Assinatura do responsável legal e financeiro/curador (se houver)