

**SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO POD SUPERIOR - TITULARES E DEPENDENTES DIRETOS****Dados do beneficiário titular vinculado a patrocinadora.**

|                                               |               |                                         |             |                             |
|-----------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------|-------------|-----------------------------|
| <b>Patrocinadora do beneficiário titular:</b> |               |                                         |             | <b>Matrícula funcional:</b> |
| Cemig GT                                      | Cemig Holding | Forluz                                  | CEMIG SIM   |                             |
| Cemig D                                       | Gasmig        | Sá Carvalho                             | Cemig Saúde |                             |
| <b>CPF:</b>                                   |               | <b>Nome completo e sem abreviações:</b> |             |                             |
| <b>Celular</b>                                |               | <b>E-mail</b>                           |             |                             |

**ATENÇÃO:** Plano odontológico POD – Superior está disponível para adesão apenas para quem migrou para os novos planos, Premium, Clássico e Atenção Família.

**Marque qual opção deseja realizar:**

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.

|    |                    |                                                                              |                                                            |
|----|--------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 01 | CPF:               | Nome completo e sem abreviações:                                             |                                                            |
|    | Data de Nascimento | <b>Grau de parentesco:</b><br>Cônjuge ou Companheiro<br>Filho      Enteadado | Menor sob guarda ou tutela<br>Ex-cônjuge ou ex-companheiro |
| 02 | CPF:               | Nome completo e sem abreviações:                                             |                                                            |
|    | Data de Nascimento | <b>Grau de parentesco:</b><br>Cônjuge ou Companheiro<br>Filho      Enteadado | Menor sob guarda ou tutela<br>Ex-cônjuge ou ex-companheiro |
| 03 | CPF:               | Nome completo e sem abreviações:                                             |                                                            |
|    | Data de Nascimento | <b>Grau de parentesco:</b><br>Cônjuge ou Companheiro<br>Filho      Enteadado | Menor sob guarda ou tutela<br>Ex-cônjuge ou ex-companheiro |
| 04 | CPF:               | Nome completo e sem abreviações:                                             |                                                            |
|    | Data de Nascimento | <b>Grau de parentesco:</b><br>Cônjuge ou Companheiro<br>Filho      Enteadado | Menor sob guarda ou tutela<br>Ex-cônjuge ou ex-companheiro |
| 05 | CPF:               | Nome completo e sem abreviações:                                             |                                                            |
|    | Data de Nascimento | <b>Grau de parentesco:</b><br>Cônjuge ou Companheiro<br>Filho      Enteadado | Menor sob guarda ou tutela<br>Ex-cônjuge ou ex-companheiro |

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.

### Assumo inteira responsabilidade perante à Cemig Saúde pelas informações acima prestadas.

- 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.

Local e Data

Assinatura do Titular

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