

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO POD SUPERIOR - AUTOPATROCINADOS, ASSISTIDOS E DEPENDENTES ESPECIAIS

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	
CPF:		Nome completo e sem abreviações:		
Celular		E-mail		

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
- Inclusão de dependentes especiais/indiretos

Autorizo a cobrança de contribuições e co-participações de acordo com os valores da tabela do POD escolhido, para todo o grupo familiar 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 POD.

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 como 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 de serviços de armazenamento na nuvem, que poderá ser em ambiente nacional ou internacional.

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

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

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.
- 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.

Local e Data

Assinatura do Titular

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