

**FORMULÁRIO DE ADEÇÃO DA CEMIG SAÚDE EXCLUSIVO PARA BENEFICIÁRIOS
ELEGÍVEIS AO ACORDO JUDICIAL FIRMADO NOS DISSÍDIOS COLETIVOS DE GREVE
Nº 0011731-13.2025.5.03.0000 E Nº 0011802-15.2025.5.03.0000 - ASSISTIDOS, OUTROS
ELEGÍVEIS E DEPENDENTES INDIRETOS**

O início da vigência do plano de saúde será em 01/11/2026, após a validação das documentações e informações recebidas do beneficiário. Caso seja necessário solicitar documentações complementares durante a análise, o prazo para início da vigência será prorrogado.

Dados do beneficiário titular vinculado a patrocinadora.

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

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

Inclusão do titular e seus
dependentes diretosInclusão do dependente
diretoInclusão do dependente indireto
*Preencher um formulário para cada
dependente indireto.

Relação dos dependentes diretos:

(Cônjuge, 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).

Relação dos dependentes indiretos:

Parentes consanguíneos: Filho natural, adotivo ou enteado acima de 24 anos, irmãos, sobrinhos(as), primos(as), neto (a), bisneto (a), filhos dos bisnetos.

Pai/Mãe - somente aqueles que estavam inscritos nessa condição do plano Prosaúde Integrado da Cemig - PSI em 02/2025.

Parentes por afinidade (em relação Cônjuge/companheiro(a)): enteado(a), neto(a), genro/nora e cunhado(a).

1	Dados do Beneficiário solicitante	Titular	Dependente Direto	Dependente Indireto
CPF:	Nome completo e sem abreviações:			
Parentesco com o beneficiário vinculado a patrocinadora:				
Pai/Mãe Irmão(ã) Neto(a) Cônjuge Sobrinho(a) Enteado(a) Cunhado(a) Genro/Nora				
Menor Sob Guarda Primos(as) Bisnetos(as) Sobrinhos-netos(as) Filho acima de 24 anos.				
Filho até 23 anos, 11 meses e 29 dias				
Celular:	E-mail			
CEP:	Endereço:			Nº:
Complemento:	Bairro:	Cidade:		UF:
Sou responsável legal Sim Não	Sou responsável financeiro Sim Não		Em caso negativo, é obrigatório preencher as responsabilidades abaixo.	
Informe o plano que deseja contratar:	Plano Em MG:	Vital Apartamento 507.726/26-5	Vital Enfermaria 507.728/26-1	
	Plano Nacional:	Master 507.727/26-3		

O responsável financeiro é o mesmo do titular.

O endereço é o mesmo do titular.

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.

CPF:	Nome completo e sem abreviações:			
CEP:	Endereço:			Nº:
Complemento:	Bairro:	Cidade:		UF:
Celular:	Telefone residencial ou celular:			
E-mail:				

Dados do responsável legal e curador

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

CPF:	Nome completo e sem abreviações:		
CEP:	Endereço:	Nº:	
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Celular:		Telefone residencial ou celular:	
E-mail:			

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

Plano Odontológico - POD

(No caso de escolha do opcional é obrigatório o preenchimento e ciência nos demais campos correspondentes ao POD).

Lembramos que, caso você possua plano odontológico, a migração será automática para o plano Superior. Para os beneficiários que não possuem atualmente plano odontológico e desejarem aderir, é necessário selecionar a opção desejada.

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.

2

Dados do Beneficiário solicitante

Titular

Dependente Direto

Dependente Indireto

CPF:	Nome completo e sem abreviações:		
Parentesco com o beneficiário vinculado a patrocinadora: Pai/Mãe Irmão(ã) Neto(a) Cônjuge Sobrinho(a) Enteadado(a) Cunhado(a) Genro/Nora Menor Sob Guarda Primos(as) Bisnetos(as) Sobrinhos-netos(as) Filho acima de 24 anos. Filho até 23 anos, 11 meses e 29 dias			
Celular:	E-mail		
CEP:	Endereço:	Nº:	
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Sou responsável legal Sim Não	Sou responsável financeiro Sim Não	Em caso negativo, é obrigatório preencher as responsabilidades abaixo.	
Informe o plano que deseja contratar:	Plano Em MG: Plano Nacional:	Vital Apartamento 507.726/26-5 Master 507.727/26-3	Vital Enfermaria 507.728/26-1

O responsável financeiro é o mesmo do titular.

O endereço é o mesmo do titular.

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.

CPF:	Nome completo e sem abreviações:		
CEP:	Endereço:	Nº:	
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Celular:	Telefone residencial ou celular:		
E-mail:			

Dados do responsável legal e curador

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

CPF:	Nome completo e sem abreviações:		
CEP:	Endereço:	Nº:	
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Celular:		Telefone residencial ou celular:	
E-mail:			

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

Plano Odontológico - POD

(No caso de escolha do opcional é obrigatório o preenchimento e ciência nos demais campos correspondentes ao POD).

Lembramos que, caso você possua plano odontológico, a migração será automática para o plano Superior. Para os beneficiários que não possuem atualmente plano odontológico e desejarem aderir, é necessário selecionar a opção desejada.

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.

3	Dados do Beneficiário solicitante	Titular	Dependente Direto	Dependente Indireto
CPF:		Nome completo e sem abreviações:		
Parentesco com o beneficiário vinculado a patrocinadora: Pai/Mãe Irmão(ã) Neto(a) Cônjuge Sobrinho(a) Enteadado(a) Cunhado(a) Genro/Nora Menor Sob Guarda Primos(as) Bisnetos(as) Sobrinhos-netos(as) Filho acima de 24 anos. Filho até 23 anos, 11 meses e 29 dias				
Celular:		E-mail		
CEP:	Endereço:		Nº:	
Complemento:	Bairro:		Cidade:	UF:
Sou responsável legal Sim Não	Sou responsável financeiro Sim Não		Em caso negativo, é obrigatório preencher as responsabilidades abaixo.	
Informe o plano que deseja contratar:	Plano Em MG:	Vital Apartamento 507.726/26-5	Vital Enfermaria 507.728/26-1	
	Plano Nacional:	Master 507.727/26-3		

O responsável financeiro é o mesmo do titular.

O endereço é o mesmo do titular.

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.

CPF:		Nome completo e sem abreviações:		
CEP:	Endereço:		Nº:	
Complemento:	Bairro:		Cidade:	UF:
Celular:		Telefone residencial ou celular:		
E-mail:				

Dados do responsável legal e curador

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

CPF:		Nome completo e sem abreviações:	
CEP:	Endereço:		Nº:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Celular:		Telefone residencial ou celular:	
E-mail:			

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

Plano Odontológico - POD

(No caso de escolha do opcional é obrigatório o preenchimento e ciência nos demais campos correspondentes ao POD).

Lembramos que, caso você possua plano odontológico, a migração será automática para o plano Superior. Para os beneficiários que não possuem atualmente plano odontológico e desejarem aderir, é necessário selecionar a opção desejada.

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.

4 Dados do Beneficiário solicitante		Titular	Dependente Direto	Dependente Indireto
CPF:		Nome completo e sem abreviações:		
Parentesco com o beneficiário vinculado a patrocinadora: Pai/Mãe Irmão(ã) Neto(a) Cônjuge Sobrinho(a) Enteadado(a) Cunhado(a) Genro/Nora Menor Sob Guarda Primos(as) Bisnetos(as) Sobrinhos-netos(as) Filho acima de 24 anos. Filho até 23 anos, 11 meses e 29 dias				
Celular:		E-mail		
CEP:	Endereço:		Nº:	
Complemento:	Bairro:		Cidade:	UF:
Sou responsável legal Sim Não	Sou responsável financeiro Sim Não		Em caso negativo, é obrigatório preencher as responsabilidades abaixo.	
Informe o plano que deseja contratar:	Plano Em MG: Plano Nacional:	Vital Apartamento 507.726/26-5 Master 507.727/26-3	Vital Enfermaria 507.728/26-1	

O responsável financeiro é o mesmo do titular.

O endereço é o mesmo do titular.

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.

CPF:		Nome completo e sem abreviações:		
CEP:	Endereço:		Nº:	
Complemento:	Bairro:		Cidade:	UF:
Celular:		Telefone residencial ou celular:		
E-mail:				

Dados do responsável legal e curador

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

CPF:	Nome completo e sem abreviações:		
CEP:	Endereço:	Nº:	
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Celular:		Telefone residencial ou celular:	
E-mail:			

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

Plano Odontológico - POD

(No caso de escolha do opcional é obrigatório o preenchimento e ciência nos demais campos correspondentes ao POD).

Lembramos que, caso você possua plano odontológico, a migração será automática para o plano Superior. Para os beneficiários que não possuem atualmente plano odontológico e desejarem aderir, é necessário selecionar a opção desejada.

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.

5		Dados do Beneficiário solicitante		Titular	Dependente Direto	Dependente Indireto
CPF:		Nome completo e sem abreviações:				
Parentesco com o beneficiário vinculado a patrocinadora: Pai/Mãe Irmão(ã) Neto(a) Cônjuge Sobrinho(a) Enteadado(a) Cunhado(a) Genro/Nora Menor Sob Guarda Primos(as) Bisnetos(as) Sobrinhos-netos(as) Filho acima de 24 anos. Filho até 23 anos, 11 meses e 29 dias						
Celular:		E-mail				
CEP:		Endereço:				Nº:
Complemento:		Bairro:			Cidade:	UF:
Sou responsável legal Sim Não		Sou responsável financeiro Sim Não		Em caso negativo, é obrigatório preencher as responsabilidades abaixo.		
Informe o plano que deseja contratar:		Plano Em MG: Vital Apartamento 507.726/26-5 Plano Nacional: Master 507.727/26-3		Vital Enfermaria 507.728/26-1		

O responsável financeiro é o mesmo do titular.

O endereço é o mesmo do titular.

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.

CPF:		Nome completo e sem abreviações:				
CEP:		Endereço:				Nº:
Complemento:		Bairro:			Cidade:	UF:
Celular:		Telefone residencial ou celular:				
E-mail:						

Dados do responsável legal e curador

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

CPF:	Nome completo e sem abreviações:		
CEP:	Endereço:	Nº:	
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Celular:		Telefone residencial ou celular:	
E-mail:			

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

Plano Odontológico - POD

(No caso de escolha do opcional é obrigatório o preenchimento e ciência nos demais campos correspondentes ao POD).

Lembramos que, caso você possua plano odontológico, a migração será automática para o plano Superior. Para os beneficiários que não possuem atualmente plano odontológico e desejarem aderir, é necessário selecionar a opção desejada.

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.

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

FAIXA ETÁRIA	MASTER	VITAL APARTAMENTO	VITAL ENFERMARIA
	507.727/26-3	507.726/26-5	507.728/26-1
De 0 a 18 anos	R\$ 349,06	R\$ 269,01	R\$ 225,96
De 19 a 23 anos	R\$ 404,92	R\$ 312,06	R\$ 262,12
De 24 a 28 anos	R\$ 469,72	R\$ 361,99	R\$ 304,07
De 29 a 33 anos	R\$ 620,04	R\$ 477,84	R\$ 401,37
De 34 a 38 anos	R\$ 744,02	R\$ 573,39	R\$ 481,63
De 39 a 43 anos	R\$ 848,19	R\$ 653,66	R\$ 549,06
De 44 a 48 anos	R\$ 1.000,86	R\$ 771,32	R\$ 647,89
De 49 a 53 anos	R\$ 1.170,99	R\$ 902,44	R\$ 758,03
De 54 a 58 anos	R\$ 1.475,44	R\$ 1.137,07	R\$ 955,11
59 anos mais	R\$ 1.888,58	R\$ 1.455,46	R\$ 1.222,55

Importante: as tabelas apresentadas acima, juntamente com os critérios de elegibilidade definidos no acordo único, definem o valor de cálculo da ajuda mensal com base em fatores como: idade, composição do grupo familiar e renda mensal – considerando INSS + Forluz ou salário de referência de fev/2025, atualizada pelo IPCA.

Além disso, são utilizados critérios como o percentual máximo de comprometimento da renda e um valor mínimo de contribuição, calculado com base na tabela do plano Vital Enfermaria, ou seja, o plano base.

Tabela de coparticipação dos planos: Master, Vital Apartamento e Vital Enfermaria.

	PERCENTUAL	COPARTICIPAÇÃO
Consulta Médica	30%	R\$ 45,37
Consulta Urgência e Emergência	30%	R\$ 65,00
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
Limite mensal	-	R\$ 804,12

Internação psiquiátrica: 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:

1. 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;
2. 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;
3. 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.

Cobertura

**Transporte Aeromédico***

* 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 para beneficiários vinculados à Forluz será descontada diretamente na folha de benefícios e caso não seja possível realizar o desconto, a cobrança será por boleto digital, com vencimento até o dia 15 do mês seguinte.

Para os dependentes especiais e outros elegíveis, o pagamento é feito por boleto, disponibilizado pelos canais digitais da Cemig Saúde, sendo o vencimento até o dia 15 de cada mês.

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 e emergência, nos termos da lei	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas e exames simples	30 (trinta) dias
Exames especiais e procedimentos	180 (cento e oitenta) dias
Cirurgias ambulatoriais	120 (cento e vinte) dias
Demais cirurgias	180 (cento e oitenta) dias
Internações clínica, cirúrgica, pediátrica e psiquiátricas	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias

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.

[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](#)

Declaração de parentesco Termo de responsabilidade

Eu _____ informo que sou indicado pelo titular _____, empregado de uma das empresas do grupo

Cemig, portador do CPF _____. Tenho ciência do regulamento do plano e me comprometo a estar dentro das condições dispostas no Art. 2 do regulamento do plano, como um beneficiário Dependente Especial (pessoas até 3º grau de parentesco consanguíneo e por afinidade) elegível.

A Cemig Saúde poderá solicitar a qualquer momento a documentação atualizada para comprovar o vínculo de elegibilidade/parentesco por mim declarado nesta Proposta. Assim, me comprometo em apresentar a documentação num prazo de até 15 dias corridos a contar da data da solicitação.

Caso os documentos solicitados não sejam apresentados, acarretará o cancelamento imediato do plano ora contratado.”

Assinatura:

Declaro que li, compreendi e estou de acordo com as informações acima, assumindo responsabilidade pelas declarações prestadas.

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