

Nome do titular ou pensionista:		Matrícula:
Nome do paciente:	Data de nascimento: ____/____/____	Idade:
Sexo: ☐ M ☐ F	Hospital:	
Nome (s) do (s) médico (s) responsável (eis):		Telefone (fixo/celular):
Endereço para assistência: Rua: _____ N°: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____		Telefone (fixo): Telefone (celular):
Referência do Local:		
Assinatura do titular ou responsável legal:		Data da solicitação: ____/____/____

O beneficiário, acima qualificado, titular dos dados, sensíveis ou não, declara, para os devidos fins, que autoriza e 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 aos seus beneficiários. Os dados serão tratados enquanto houver necessidade de cumprimento de obrigação legal, contratual e regulatória, até que cessem todos os prazos prescricionais previstos na legislação vigente.

Diagnóstico do paciente:**Relatório de avaliação médica (utilizar o verso se necessário)**

Assinatura do médico responsável:	CRM:	Data: ____/____/____
-----------------------------------	------	-------------------------

Preenchimento Exclusivo da Cemig SaúdeElegibilidade PSI: ☐ SIM ☐ NÃOElegibilidade PAD: ☐ SIM ☐ NÃO

Número do Protocolo: