

## Solicitação de Inclusão POD Superior - Autopatrocinados, assistidos e dependentes especiais

Dados do beneficiário titular vinculado a patrocinadora.

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

**ATENÇÃO:** PLANO ODONTOLÓGICO POD – SUPERIOR SEM COPARTICIPAÇÃO está disponível para os 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.

## Marque qual opção deseja realizar:

- Inclusão de titular
- Inclusão de titular e dependentes diretos
- Inclusão de dependentes diretos
- Inclusão de dependentes especiais/indiretos

Autorizo a Cemig Saúde a realizar a cobrança das contribuições referentes ao Plano Odontológico (POD) escolhido, conforme os valores estabelecidos na tabela vigente e a forma de cobrança aplicável, de acordo com a categoria do beneficiário, nos termos do Regulamento. Declaro, ainda, estar ciente e de acordo com os valores das contribuições, os critérios de cobrança e as condições para permanência no plano, conforme estabelecidos no 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 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.

|          |                 |                                                                                                                                               |  |
|----------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>1</b> | CPF             | Nome Completo e sem abreviações:                                                                                                              |  |
|          | Data Nascimento | <b>Grau de Parentesco</b><br>Cônjuge ou Companheiro      Menor sob guarda ou tutela<br>Filho      Enteadado      Ex-cônjuge ou ex-companheiro |  |
| <b>2</b> | CPF             | Nome Completo e sem abreviações:                                                                                                              |  |
|          | Data Nascimento | <b>Grau de Parentesco</b><br>Cônjuge ou Companheiro      Menor sob guarda ou tutela<br>Filho      Enteadado      Ex-cônjuge ou ex-companheiro |  |
| <b>3</b> | CPF             | Nome Completo e sem abreviações:                                                                                                              |  |
|          | Data Nascimento | <b>Grau de Parentesco</b><br>Cônjuge ou Companheiro      Menor sob guarda ou tutela<br>Filho      Enteadado      Ex-cônjuge ou ex-companheiro |  |
| <b>4</b> | CPF             | Nome Completo e sem abreviações:                                                                                                              |  |
|          | Data Nascimento | <b>Grau de Parentesco</b><br>Cônjuge ou Companheiro      Menor sob guarda ou tutela<br>Filho      Enteadado      Ex-cônjuge ou ex-companheiro |  |
| <b>5</b> | CPF             | Nome Completo e sem abreviações:                                                                                                              |  |
|          | Data Nascimento | <b>Grau de Parentesco</b><br>Cônjuge ou Companheiro      Menor sob guarda ou tutela<br>Filho      Enteadado      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.

Local e Data

Assinatura do dependente indireto

Assinatura do responsável financeiro