



SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO PROGRAMA ODONTOLÓGICO - POD

Nome do titular ou pensionista:		Matrícula:
Endereço:	N°:	Complemento:
Bairro:	CEP:	
Estado:	Cidade:	Telefone: ()
E-mail:		Celular: ()

Comunicamos que os dados acima informados serão utilizados para atualizar nossa base cadastral.

Assinale a alternativa desejada:

INCLUSÃO DO TITULAR

INCLUSÃO DE DEPENDENTES

É obrigação do beneficiário manter seus dados cadastrais sempre atualizados junto à CEMIG SAÚDE.

ATENÇÃO: Para incluir os dependentes é obrigatório que o titular também tenha o plano odontológico

Nº	Nome do dependente	Parentesco	Data Nascimento	CPF
01				
02				
03				
04				
05				
06				

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

- Declaro que, caso eu não possua o valor necessário a ser descontado em meu teto anual do PGE no momento de minha inscrição, a Cemig Saúde está autorizada a descontar o respectivo valor em meu contracheque ou outra forma definida pela operadora.
- Estou ciente que se a inscrição for realizada até o dia 20 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.

Para mais detalhes, acesse: <https://www.cemigsaude.org.br/>

Assinatura do titular ou responsável legal:

Protocolo Cemig Saúde: