

CATEGORIA :

PATROCINADORA : Metrô

MATRÍCULA :

DADOS DO PARTICIPANTE TITULAR		
NOME COMPLETO:		
FILIAÇÃO:		
FILIAÇÃO:		
ENDEREÇO:		Nº:
COMPLEMENTO:		BAIRRO:
CIDADE:	UF:	CEP:
FONE RESIDENCIAL:		FONE CELULAR:
E-MAIL COMERCIAL:		
E-MAIL PESSOAL:		

(*)Preenchimento obrigatório

DADOS DO DEPENDENTE/AGREGADO		
NOME COMPLETO:		
FILIAÇÃO:		
FILIAÇÃO:		
CASO O ENDEREÇO RESIDENCIAL/CORRESPONDÊNCIA SEJA DIFERENTE DO TITULAR:		
ENDEREÇO:		Nº:
COMPLEMENTO:		BAIRRO:
CIDADE:	UF:	CEP:
FONE RESIDENCIAL:		FONE CELULAR:
E-MAIL COMERCIAL:		
E-MAIL PESSOAL:		
AUTORIZO A COBRANÇA DOS VALORES DEVIDOS POR: ()FOLHA DE PAGAMENTO (X)BOLETO		

(*)Preenchimento obrigatório

DADOS DO DEPENDENTE/AGREGADO		
NOME COMPLETO:		
FILIAÇÃO:		
FILIAÇÃO:		
CASO O ENDEREÇO RESIDENCIAL/CORRESPONDÊNCIA SEJA DIFERENTE DO TITULAR:		
ENDEREÇO:		Nº:
COMPLEMENTO:		BAIRRO:
CIDADE:	UF:	CEP:
FONE RESIDENCIAL:		FONE CELULAR:
E-MAIL COMERCIAL:		
E-MAIL PESSOAL:		
AUTORIZO A COBRANÇA DOS VALORES DEVIDOS POR: ()FOLHA DE PAGAMENTO (X)BOLETO		

(*)Preenchimento obrigatório

DADOS DO DEPENDENTE/AGREGADO		
NOME COMPLETO:		
FILIAÇÃO:		
FILIAÇÃO:		
CASO O ENDEREÇO RESIDENCIAL/CORRESPONDÊNCIA SEJA DIFERENTE DO TITULAR:		
ENDEREÇO:	Nº:	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
CIDADE:	UF:	CEP:
FONE RESIDENCIAL:	FONE CELULAR:	
E-MAIL COMERCIAL:		
E-MAIL PESSOAL:		
AUTORIZO A COBRANÇA DOS VALORES DEVIDOS POR: () FOLHA DE PAGAMENTO (X) BOLETO		

(*)Preenchimento obrigatório

DADOS DO DEPENDENTE/AGREGADO		
NOME COMPLETO:		
FILIAÇÃO:		
FILIAÇÃO:		
CASO O ENDEREÇO RESIDENCIAL/CORRESPONDÊNCIA SEJA DIFERENTE DO TITULAR:		
ENDEREÇO:	Nº:	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
CIDADE:	UF:	CEP:
FONE RESIDENCIAL:	FONE CELULAR:	
E-MAIL COMERCIAL:		
E-MAIL PESSOAL:		
AUTORIZO A COBRANÇA DOS VALORES DEVIDOS POR: () FOLHA DE PAGAMENTO (X) BOLETO		

(*)Preenchimento obrigatório

DADOS DO DEPENDENTE/AGREGADO		
NOME COMPLETO:		
FILIAÇÃO:		
FILIAÇÃO:		
CASO O ENDEREÇO RESIDENCIAL/CORRESPONDÊNCIA SEJA DIFERENTE DO TITULAR:		
ENDEREÇO:	Nº:	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
CIDADE:	UF:	CEP:
FONE RESIDENCIAL:	FONE CELULAR:	
E-MAIL COMERCIAL:		
E-MAIL PESSOAL:		
AUTORIZO A COBRANÇA DOS VALORES DEVIDOS POR: () FOLHA DE PAGAMENTO (X) BOLETO		

(*)Preenchimento obrigatório

Observações:

As informações fornecidas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Os dados informados serão tratados de acordo com a Política de Privacidade do Metrus e em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (nº 13.709/2018).

Proteção de Dados Pessoais

O METRUS, em decorrência do presente Contrato de adesão, coleta dados pessoais do participante titular e dos seus dependentes e/ou agregados, visando a execução dos planos assistências à saúde.

Quando aplicável e necessário para o cumprimento da finalidade descrita acima, os dados pessoais coletados neste documento serão compartilhados com: Parceiros da rede de farmácias Droga Raia, Drogasil, Drogaria São Paulo e Pacheco e Unimed.

Dependente(s) e/ou agregado(s) menores de 18 anos:

Declaro ser responsável legal do dependente(s) e/ou agregado(s) indicado(s) para cadastro nos termos no art. 14, §1º, da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018) e autorizo a inclusão do menor supra indicado no plano de saúde, responsabilizando-me pela veracidade, integridade e legitimidade, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018). Estou ciente que a manifestação contrária superveniente do menor, nos termos da lei, implicará cancelamento do plano, conforme previsão do regulamento.

São Paulo, 01 de fevereiro de 2024

Assinatura do Titular