

ESTE DOCUMENTO É PARTE INTEGRANTE DO REGULAMENTO - METRUS SAÚDE INTEGRAL
A FICHA CADASTRAL É PARTE INTEGRANTE DESTES DOCUMENTO

Autorizo a minha inclusão e/ou de meus dependentes e/ou agregados, relacionados a seguir, no METRUS SAÚDE INTEGRAL:

PATROCINADORA: Metrô		MATRÍCULA:
NOME DO TITULAR:		
NOME DO DEPENDENTE/AGREGADO	GRAU DE PARENTESCO	CARÊNCIA
		Sem carência
		Sem carência
		Sem carência
		Sem carência
		Sem carência
		Sem carência

1 - Eu, colaborador(a) da Patrocinadora acima indicada, declaro:

1.1 Ter recebido:

- Regulamento do METRUS SAÚDE INTEGRAL e ter tomado conhecimento do seu conteúdo com o qual estou de pleno acordo;
- Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
- Guia de Leitura Contratual (GLC);

1.2. Ser responsável por todas as adesões por mim solicitadas, pela correta utilização do Plano e pelo pagamento das contribuições para formação de fundos, bem como pelas co-participações quando da utilização dos eventos ocorridos, tanto as realizadas por mim, quanto àquelas realizadas pelo meu grupo familiar (dependentes e agregados) em conformidade com o Regulamento;

1.3. Estar ciente de que a data de adesão ao METRUS SAÚDE INTEGRAL será a mesma do efetivo recebimento deste Termo de Adesão, devidamente assinado pelo setor de cadastro do METRUS;

1.4. Ser responsável pela devolução ao METRUS de todas as Carteiras de Identificação do METRUS SAÚDE INTEGRAL em caso de meu desligamento do Plano, bem como em eventual desligamento ou exclusão de qualquer membro do meu grupo familiar;

1.5. Ser responsável pelo pagamento integral de todas as despesas oriundas de uso indevido.

1.6. Ser o representante legal do (s) dependente (s) e/ou agregado (s) indicados acima, autorizando a inclusão destes em meu grupo familiar, conforme art. 14, §1º da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018). Na hipótese de não ser o responsável legal do(s) dependente(s) e/ou agregado(s) acima indicados, comprometo-me a entregar em anexo a este documento, o Termo de Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais devidamente assinado pelos responsáveis deste(s).

1.7. Estar ciente de que a manifestação contrária superveniente do menor de 18 (dezoito) anos, nos termos da lei, implicará na exclusão deste do grupo familiar, conforme previsão do regulamento.

2 - Autorizo:

2.1. A Patrocinadora descontar na Folha de Pagamento mensal, em favor do METRUS, as contribuições para formação de fundos, bem como as co-participações do titular e/ou dependente(s) e/ou agregado(s);

2.2. A cobrança de eventuais débitos pendentes, não descontados em Folha de Pagamento mensal, por meio de cobrança bancária.

3 - Responsabilizo-me, sob as penas da lei, pela exatidão das informações prestadas neste Termo de Adesão e na Ficha Cadastral, comprometo-me a comunicar ao METRUS a ocorrência de eventuais alterações.

4. Estar ciente de que os meus dados serão tratados de acordo com a Política de Privacidade e Proteção de Dados do Metrú e em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (nº 13.709/2018).

4.1 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.

4.2 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

Este termo somente é válido com assinatura e carimbo do METRUS nos quadros abaixo.

PARA USO DO METRUS - QUITAÇÃO DA 1ª CONTRIBUIÇÃO		<input type="checkbox"/> FOLHA DE PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> BOLETO	<input type="checkbox"/> TESOURARIA
ATENDIMENTO POR:	ADESÃO APROVADA POR:	CADASTRADO POR:	DATA CADASTRO:	
ASSINATURA E CARIMBO	ASSINATURA E CARIMBO	ASSINATURA E CARIMBO		

ATENÇÃO: Até a chegada da carteira de identificação do Plano, utilize a 2ª via deste Termo para assegurar o atendimento junto ao Prestador Credenciado.

ESTE DOCUMENTO É PARTE INTEGRANTE DO REGULAMENTO - METRUS SAÚDE INTEGRAL
A FICHA CADASTRAL É PARTE INTEGRANTE DESTES DOCUMENTO

Autorizo a minha inclusão e/ou de meus dependentes e/ou agregados, relacionados a seguir, no METRUS SAÚDE INTEGRAL:

PATROCINADORA: Metrô		MATRÍCULA:	
NOME DO TITULAR:			
NOME DO DEPENDENTE/AGREGADO		GRAU DE PARENTESCO	CARÊNCIA
			Sem carência
			Sem carência
			Sem carência
			Sem carência
			Sem carência
			Sem carência

1 - Eu, colaborador(a) da Patrocinadora acima indicada, declaro:

1.1 Ter recebido:

- Regulamento do METRUS SAÚDE INTEGRAL e ter tomado conhecimento do seu conteúdo com o qual estou de pleno acordo;
- Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
- Guia de Leitura Contratual (GLC);

1.2. Ser responsável por todas as adesões por mim solicitadas, pela correta utilização do Plano e pelo pagamento das contribuições para formação de fundos, bem como pelas co-participações quando da utilização dos eventos ocorridos, tanto as realizadas por mim, quanto àquelas realizadas pelo meu grupo familiar (dependentes e agregados) em conformidade com o Regulamento;

1.3. Estar ciente de que a data de adesão ao METRUS SAÚDE INTEGRAL será a mesma do efetivo recebimento deste Termo de Adesão, devidamente assinado pelo setor de cadastro do METRUS;

1.4. Ser responsável pela devolução ao METRUS de todas as Carteiras de Identificação do METRUS SAÚDE INTEGRAL em caso de meu desligamento do Plano, bem como em eventual desligamento ou exclusão de qualquer membro do meu grupo familiar;

1.5. Ser responsável pelo pagamento integral de todas as despesas oriundas de uso indevido.

1.6. Ser o representante legal do (s) dependente (s) e/ou agregado (s) indicados acima, autorizando a inclusão destes em meu grupo familiar, conforme art. 14, §1º da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018). Na hipótese de não ser o responsável legal do(s) dependente(s) e/ou agregado(s) acima indicados, comprometo-me a entregar em anexo a este documento, o Termo de Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais devidamente assinado pelos responsáveis deste(s).

1.7. Estar ciente de que a manifestação contrária superveniente do menor de 18 (dezoito) anos, nos termos da lei, implicará na exclusão deste do grupo familiar, conforme previsão do regulamento.

2 - Autorizo:

2.1. A Patrocinadora descontar na Folha de Pagamento mensal, em favor do METRUS, as contribuições para formação de fundos, bem como as co-participações do titular e/ou dependente(s) e/ou agregado(s);

2.2. A cobrança de eventuais débitos pendentes, não descontados em Folha de Pagamento mensal, por meio de cobrança bancária.

3 - Responsabilizo-me, sob as penas da lei, pela exatidão das informações prestadas neste Termo de Adesão e na Ficha Cadastral, comprometo-me a comunicar ao METRUS a ocorrência de eventuais alterações.

4. Estar ciente de que os meus dados serão tratados de acordo com a Política de Privacidade e Proteção de Dados do Metrú e em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (nº 13.709/2018).

4.1 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.

4.2 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

Este termo somente é válido com assinatura e carimbo do METRUS nos quadros abaixo.

PARA USO DO METRUS - QUITAÇÃO DA 1ª CONTRIBUIÇÃO		<input type="checkbox"/> FOLHA DE PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> BOLETO	<input type="checkbox"/> TESOURARIA
ATENDIMENTO POR:	ADESÃO APROVADA POR:	CADASTRADO POR:	DATA CADASTRO:	
ASSINATURA E CARIMBO	ASSINATURA E CARIMBO	ASSINATURA E CARIMBO		

ATENÇÃO: Até a chegada da carteira de identificação do Plano, utilize a 2ª via deste Termo para assegurar o atendimento junto ao Prestador Credenciado.