

TERMO DE **ADESÃO** AO METRUS SAÚDE

TIPO DE INSCRIÇÃO

Empresa | Instituidor: Metrô Metrus _____

Categoria do Titular: Ativo Assistido aposentados e pensionistas Autopatrocinado

INSCRIÇÃO DO **TITULAR**

Nome completo (sem abreviação): _____

Matrícula: _____

Nome da mãe (sem abreviação) _____

Nome do pai (sem abreviação) _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua, Avenida, Praça (sem abreviação) _____

Número: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Município: _____

UF: _____

CEP: _____

DADOS DE **CONTATO**

Celular: _____

Telefone fixo: _____

Telefone comercial: _____

E-mail: _____

E-mail comercial: _____

ESCOLHA DO **PLANO**

- MSI – Metrus Saúde Integral
Registro ANS 400839/99-1
- MSE – Metrus Saúde Especial
Registro ANS 400841/99-3
- MSB – Metrus Saúde Básico
Registro ANS 400843/99-0
- MSO – Metrus Saúde Odontológico
Registro ANS 400844/99-8

FORMA DE **PAGAMENTO**

- Folha de Pagamento
Funcionários ativos do Metrus ou Metrô e seu grupo familiar (dependentes e agregados).
- Débito Automático
Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI Autopatrocinado
- Boleto Bancário
Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI Autopatrocinado

INSCRIÇÃO DO DEPENDENTE | AGREGADO

Nome completo (sem abreviação):

Matrícula:

Nome da mãe (sem abreviação)

Nome do pai (sem abreviação)

ENDEREÇO RESIDENCIAL

 Rua, Avenida, Praça (sem abreviação) *Preencha se o endereço for diferente do titular.*

Número:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

DADOS DE CONTATO

Celular:

Telefone fixo:

Telefone comercial:

E-mail:

E-mail comercial:

ESCOLHA DO PLANO

 MSI – Metrus Saúde Integral
Registro ANS 400839/99-1

 MSE – Metrus Saúde Especial
Registro ANS 400841/99-3

 MSB – Metrus Saúde Básico
Registro ANS 400843/99-0

 MSO – Metrus Saúde Odontológico
Registro ANS 400844/99-8

FORMA DE PAGAMENTO

 FOLHA DE PAGAMENTO
Funcionários ativos do Metrus ou Metrô e seu grupo familiar (dependentes e agregados).

 DÉBITO AUTOMÁTICO
Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI Autopatrocinado

 BOLETO BANCÁRIO
Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI Autopatrocinado

INSCRIÇÃO DO DEPENDENTE | AGREGADO

Nome completo (sem abreviação):

Matrícula:

Nome da mãe (sem abreviação)

Nome do pai (sem abreviação)

ENDEREÇO RESIDENCIAL

 Rua, Avenida, Praça (sem abreviação) *Preencha se o endereço for diferente do titular.*

Número:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

DADOS DE CONTATO

Celular:

Telefone fixo:

Telefone comercial:

E-mail:

E-mail comercial:

ESCOLHA DO PLANO

 MSI – Metrus Saúde Integral
Registro ANS 400839/99-1

 MSE – Metrus Saúde Especial
Registro ANS 400841/99-3

 MSB – Metrus Saúde Básico
Registro ANS 400843/99-0

 MSO – Metrus Saúde Odontológico
Registro ANS 400844/99-8

FORMA DE PAGAMENTO

 FOLHA DE PAGAMENTO
Funcionários ativos do Metrus ou Metrô e seu grupo familiar (dependentes e agregados).

 DÉBITO AUTOMÁTICO
Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI Autopatrocinado

 BOLETO BANCÁRIO
Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI Autopatrocinado

INSCRIÇÃO DO DEPENDENTE | AGREGADO

Nome completo (sem abreviação):

Matrícula:

Nome da mãe (sem abreviação)

Nome do pai (sem abreviação)

ENDEREÇO RESIDENCIAL

 Rua, Avenida, Praça (sem abreviação) *Preencha se o endereço for diferente do titular.*

Número:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

DADOS DE CONTATO

Celular:

Telefone fixo:

Telefone comercial:

E-mail:

E-mail comercial:

ESCOLHA DO PLANO

 MSI – Metrus Saúde Integral
Registro ANS 400839/99-1

 MSE – Metrus Saúde Especial
Registro ANS 400841/99-3

 MSB – Metrus Saúde Básico
Registro ANS 400843/99-0

 MSO – Metrus Saúde Odontológico
Registro ANS 400844/99-8

FORMA DE PAGAMENTO

 FOLHA DE PAGAMENTO
Funcionários ativos do Metrus ou Metrô e seu grupo familiar (dependentes e agregados).

 DÉBITO AUTOMÁTICO
Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI Autopatrocinado

 BOLETO BANCÁRIO
Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI Autopatrocinado

INSCRIÇÃO DO DEPENDENTE | AGREGADO

Nome completo (sem abreviação):

Matrícula:

Nome da mãe (sem abreviação)

Nome do pai (sem abreviação)

ENDEREÇO RESIDENCIAL

 Rua, Avenida, Praça (sem abreviação) *Preencha se o endereço for diferente do titular.*

Número:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

DADOS DE CONTATO

Celular:

Telefone fixo:

Telefone comercial:

E-mail:

E-mail comercial:

ESCOLHA DO PLANO

 MSI – Metrus Saúde Integral
Registro ANS 400839/99-1

 MSE – Metrus Saúde Especial
Registro ANS 400841/99-3

 MSB – Metrus Saúde Básico
Registro ANS 400843/99-0

 MSO – Metrus Saúde Odontológico
Registro ANS 400844/99-8

FORMA DE PAGAMENTO

 FOLHA DE PAGAMENTO
Funcionários ativos do Metrus ou Metrô e seu grupo familiar (dependentes e agregados).

 DÉBITO AUTOMÁTICO
Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI Autopatrocinado

 BOLETO BANCÁRIO
Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI Autopatrocinado

OBSERVAÇÕES:

*USO EXCLUSIVO DO METRUS

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

O METRUS coleta dados pessoais do participante titular e de seus dependentes e/ou agregados para executar os planos de assistência à saúde. Esses dados podem ser compartilhados com parceiros da rede de farmácias Droga Raia, Drogasil, Drogaria São Paulo e Pacheco, assim como a Unimed, quando necessário. O tratamento dos dados seguirá a Política de Privacidade do METRUS e a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados).

IMPORTANTE: Os dados preenchidos são de total responsabilidade do titular, não tendo o Metrus responsabilidade sobre eventuais informações incorretas e/ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja ilegível, rasurado, incompleto/abreviado ou sem assinatura. Obrigatório anexar os documentos exigidos para a inscrição.

TERMOS DE USO

1. Estou de acordo com o Regulamento do METRUS SAÚDE, disponível no site do Metrus;
2. Tenho conhecimento do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e do Guia de Leitura Contratual (GLC), disponíveis no site do Metrus;
3. Tenho ciência de que a carteira de identificação do plano ficará disponível no APP e no Autoatendimento do site do METRUS, após a efetivação da adesão;
4. Sou responsável por todas as adesões por mim solicitadas, pela correta utilização do Plano e pelo pagamento das contribuições e das coparticipações, conforme o Regulamento;
5. Tenho ciência de que a data de adesão ao METRUS SAÚDE será a mesma constante no Termo de Adesão, considerando o envio desta proposta em até 3 dias úteis;
6. Tenho ciência de que em caso desligamento ou exclusão de qualquer dependente e/ou agregado é obrigatória a devolução ao METRUS de todas as carteirinhas do METRUS SAÚDE;
7. Sou responsável pelo pagamento integral de todas as despesas assistenciais decorrentes da utilização indevida;
8. Como funcionário ativo do Metrô ou do Metrus, autorizo:
 - a. O desconto das contribuições e coparticipações relativas ao plano na Folha de Pagamento das empresas ac citadas;
 - b. A cobrança de eventuais débitos pendentes, não descontados em Folha de Pagamento, por meio de cobra bancária.

 Eu li e concordo com os termos de uso

DATA DE INCLUSÃO NO PLANO

LOCAL E DATA DE ASSINATURA

ASSINATURA DO TITULAR