

TERMO DE ADESÃO AO METRUS SAÚDE

TIPO DE INSCRIÇÃO

Empresa | Instituidor: ☐ Metrô ☐ Metrus ☐ _____

Categoria do Titular: ☐ Ativo ☐ Assistido aposentados e pensionistas ☐ Autopatrocinado ☐ Outros

INSCRIÇÃO DO TITULAR

Nome completo (sem abreviação): _____ CPF: _____

Nome Social (sem abreviação): _____ Data de Nascimento: _____ Matrícula: Metrô | Metrus

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
- ☐ MSV – Metrus Saúde Vida
Registro ANS 504.109/25-1
- ☐ MSS – Metrus Saúde Smart
Registro ANS 504.101/25-5

Carência: ☐ SIM ☐ NÃO PARA USO EXCLUSIVO DO METRUS

FORMA DE PAGAMENTO

- ☐ Folha de Pagamento
Funcionários ativos do Metrus ou Metrô e seu grupo familiar (dependentes e agregados).
- ☐ Débito Automático
Somente para quem tem conta no Banco do Brasil. Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSS, MSV, MSO e MSI Autopatrocinado
- ☐ Boleto Bancário
Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSS, MSV, MSO e MSI Autopatrocinado

INSCRIÇÃO DO **DEPENDENTE | AGREGADO**

Nome Completo (sem abreviação):

Nome Social (sem abreviação):

Nome da mãe (sem abreviação)

CPF

Data de Nascimento

ENDEREÇO RESIDENCIALRua, 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
Saúde Integral☐ MSE
Saúde Especial☐ MSB
Saúde Básico☐ MSO
Saúde Odontológico☐ MSV
Saúde Vida☐ MSS
Saúde SmartCarência: ☐ SIM ☐ NÃO PARA USO EXCLUSIVO DO METRUS**FORMA DE PAGAMENTO**☐ FOLHA DE PAGAMENTO
Funcionários ativos do Metrus ou Metrô e seu grupo familiar (dependentes e agregados).☐ DÉBITO AUTOMÁTICO
Somente para quem tem conta no Banco do Brasil. Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI Autopatrocinado☐ BOLETO BANCÁRIO
Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI AutopatrocinadoINSCRIÇÃO DO **DEPENDENTE | AGREGADO**

Nome Completo (sem abreviação):

Nome Social (sem abreviação):

Nome da mãe (sem abreviação)

CPF

Data de Nascimento

ENDEREÇO RESIDENCIALRua, 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
Saúde Integral☐ MSE
Saúde Especial☐ MSB
Saúde Básico☐ MSO
Saúde Odontológico☐ MSV
Saúde Vida☐ MSS
Saúde SmartCarência: ☐ SIM ☐ NÃO PARA USO EXCLUSIVO DO METRUS**FORMA DE PAGAMENTO**☐ FOLHA DE PAGAMENTO
Funcionários ativos do Metrus ou Metrô e seu grupo familiar (dependentes e agregados).☐ DÉBITO AUTOMÁTICO
Somente para quem tem conta no Banco do Brasil. 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):

Nome Social (sem abreviação):

Nome da mãe (sem abreviação)

CPF

Data de Nascimento

ENDEREÇO RESIDENCIALRua, 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
Saúde Integral☐MSE
Saúde Especial☐MSB
Saúde Básico☐MSO
Saúde Odontológico☐MSV
Saúde Vida☐MSS
Saúde SmartCarência: ☐ SIM ☐ NÃO

PARA USO EXCLUSIVO DO METRUS

FORMA DE PAGAMENTO☐**FOLHA DE PAGAMENTO**
Funcionários ativos do Metrus ou Metrê e seu grupo familiar (dependentes e agregados).☐**DÉBITO AUTOMÁTICO**
Somente para quem tem conta no Banco do Brasil. 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):

Nome Social (sem abreviação):

Nome da mãe (sem abreviação)

CPF

Data de Nascimento

ENDEREÇO RESIDENCIALRua, 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
Saúde Integral☐MSE
Saúde Especial☐MSB
Saúde Básico☐MSO
Saúde Odontológico☐MSV
Saúde Vida☐MSS
Saúde SmartCarência: ☐ SIM ☐ NÃO

PARA USO EXCLUSIVO DO METRUS

FORMA DE PAGAMENTO☐**FOLHA DE PAGAMENTO**
Funcionários ativos do Metrus ou Metrê e seu grupo familiar (dependentes e agregados).☐**DÉBITO AUTOMÁTICO**
Somente para quem tem conta no Banco do Brasil. Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI Autopatrocinado☐**BOLETO BANCÁRIO**
Exclusivo para os Planos MSE, MSB, MSO e MSI Autopatrocinado

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.

Observações:

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 aplicativo 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. Sou o responsável legal pelo(s) dependente(s) e/ou agregado(s) listados acima e autorizo a inclusão deles no meu grupo familiar, de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018). Caso eu não seja o responsável legal, me comprometo a entregar junto com este documento o Termo de Consentimento assinado pelos responsáveis.
9. Confirmo que sou o responsável legal pelo(s) dependente(s) e/ou agregado(s) indicado(s) para cadastro, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018). Autorizo a inclusão do menor citado no plano de saúde e me responsabilizo pelas informações fornecidas. Estou ciente de que, caso o menor manifeste, no futuro, que não concorda com essa inclusão, o plano poderá ser cancelado, conforme as regras do regulamento.
10. Como funcionário ativo do Metrô ou do Metrus, autorizo:
 - a. A dedução das contribuições e coparticipações referentes ao plano será realizada na folha de pagamento das empresas mencionadas;
 - b. A cobrança de eventuais débitos pendentes, não descontados em Folha de Pagamento, por meio de cobrança bancária.

☐ Eu li e concordo com os termos de uso

DATA DE INCLUSÃO NO PLANO

LOCAL E DATA DE ASSINATURA

ASSINATURA DO TITULAR

ANS Nº 38066-1

ENVIO DO TERMO DE ADEÇÃO

Após o preenchimento do formulário, envie para o e-mail **atendimento@metrus.org.br**, com toda a documentação solicitada abaixo para adesões no Metrus Saúde.

Para casos de manutenção de planos e migração entre planos, não será necessário enviar a documentação.

DOCUMENTAÇÃO PARA INCLUSÃO NO METRUS SAÚDE

Titular

RG, CPF e cartão do SUS.

Pai e Mãe

RG, CPF e cartão do SUS.

Cônjuge

RG, CPF, certidão de casamento atualizada (validade de até 60 dias a partir da emissão) e cartão do SUS.

Companheiro

RG, CPF, cartão do SUS e Declaração especial feita perante tabelião (escritura pública declaratória de união estável e/ou convivência – validade de até 60 dias a partir da emissão).

Filho/Enteado /Filho de Companheiro

RG e CPF ou certidão de nascimento e cartão do SUS.

Nora/Genro

RG, CPF e certidão de casamento para comprovar o parentesco com o titular e cartão do SUS.

Neto

RG, CPF e certidão de nascimento para comprovar o parentesco com o titular e cartão do SUS.

Neto de companheira/cônjuge

RG, CPF e certidão de nascimento para comprovar o parentesco com a companheira do titular e cartão do SUS.

Filho de Enteado

RG, CPF e certidão de nascimento para comprovar o parentesco com cônjuge do titular e cartão do SUS.

Irmão/Filho Inválido

RG, CPF, relatório atestando a invalidez e cartão do SUS.

Menor sob guarda

RG e CPF, certidão de nascimento, Termo de Guarda e cartão do SUS.