

TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____, tenho ciência e reconheço que a eventual aceitação do meu Pedido de Adesão à apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão, estipulada pela Corpore Administradora de Benefícios da Saúde - Eirele . com a _____, em convênio com a AMPARE – Associação Multibeneficente para Servidores Públicos, destinada única e exclusivamente aos associados AMPARE e seus respectivos dependentes, será válida também como proposta de filiação à AMPARE, caso eu ainda não seja associado(a) à entidade, enquadrando-me, assim, na condição de elegibilidade da referida apólice coletiva. Tenho ciência também de que minha permanência na referida apólice coletiva está vinculada à minha condição de associado(a) à AMPARE, o que inclui minha total responsabilidade pelas obrigações estatutárias com a AMPARE, A taxa de adesão no valor R\$ 4,90 (quatro reais e noventa centavos) e inclusive o pagamento de mensalidade, atualmente no valor de R\$ 4,90 (quatro reais e noventa centavos).

DADOS CADASTRAIS DO ASSOCIADO

NOME: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

COMPLEMENTO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

TELEFONES: _____ / _____ / _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

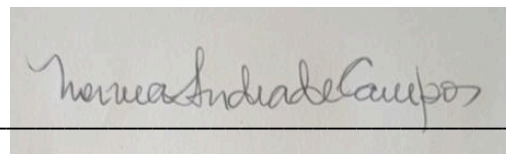
MATRÍCULA: _____ ÓRGÃO/ENTIDADE: _____

CARGO/FUNÇÃO: _____ DATA ADMISSÃO NO ÓRGÃO: _____

PIS/PASEP Nº: _____

E-MAIL: _____

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO SOLICITANTE TITULAR

ASSINATURA P/ AMPARE (PRODUTOR)