

**TERMO DE CIÊNCIA**

Eu, Dionatha Goulart, portador(a) do RG nº 123213321231321312, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 859.346.230-87, 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 EMPRESA, 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: Dionatha GoulartENDEREÇO: DOZE DE JULHONº 225COMPLEMENTO: COMPLEMENTOBAIRRO: UMBUCIDADE: ALVORADAUF: ACCEP: 9218218210TELEFONES: 51986485232 / 51986485232 / 51986485232DATA DE NASCIMENTO: 24/07/2024MATRÍCULA: 231312312ÓRGÃO/ENTIDADE: ORGAOCARGO/FUNÇÃO: FUNCAODATA ADMISSÃO NO ÓRGÃO: 23/2/2025PIS/PASEP Nº: 231321312321123E-MAIL: dionathagremista2009@gmail.com27/04/2025

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SOLICITANTE TITULAR

ASSINATURA P/ AMPARE (PRODUTOR)