

**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)